ONICOPATII

GHID PRACTIC PENTRU DIAGNOSTIC, TRATAMENT ȘI GESTIONARE

Roberto Arenas Guzmán

Director editorial: Javier de León Fraga
Editor de dezvoltare: Héctor F. Guerrero Aguilar *Supraveghetor de producție:* José Luis González Huerta

NOTA

Medicina este o știință în continuă evoluție. Pe măsură ce apar noi cunoștințe, vor fi necesare schimbări terapeutice. Autorii și editorii au depus toate eforturile pentru a se asigura că tabelele cu dozajul medicamentelor sunt corecte și în concordanță cu practicile stabilite la momentul publicării. Cu toate acestea, având în vedere posibilitatea erorilor umane și a schimbărilor în medicină, nici editorii, nici oricine altcineva implicat în pregătirea acestei lucrări nu garantează că informațiile conținute aici sunt corecte sau complete și nici nu sunt responsabili pentru erori sau omisiuni sau pentru rezultatele obținute utilizând aceste informații. Este recomandabil să se consulte alte surse de date; de exemplu , și în special, fișa informativă inclusă în fiecare medicament trebuie consultată pentru a se asigura că informațiile din această lucrare sunt corecte și că nu au existat modificări ale dozajului recomandat sau contraindicații pentru administrarea acestuia. Acest lucru este deosebit de important în ceea ce privește medicamentele noi sau utilizate rar. De asemenea, trebuie consultate laboratoarele pentru a obține informații despre valorile normale.

ONICOPATII
Ghid practic pentru diagnostic, tratament și gestionare

Reproducerea totală sau parțială a acestei lucrări, prin orice mijloace, este interzisă fără autorizația scrisă a editorului.

Educación

DREPTURI DE AUTOR © 2012, privind prima ediție, de McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, SA DE CV O filială a *The McGraw-Hill Companies, Inc.*
Prolongación Paseo de la Reforma 1015, Torre A,
Etajul 17, Colonia Desarrollo Santa Fe, Delegația Álvaro Obregón,
CP 01376, Mexico City
Membru al Camerei Naționale a Industriei Editoriale din Mexic, Nr. înregistrare 736

ISBN: 978-607-15-0672-6

1234567890 1098765432101
Tipărit în Mexic

Companiile McGraw - Hill

Conţinut

Contribuitori ____ VI-lea

Prefaţă ____ VII.

Prolog ____ VIII

Introducere ____ X

Capitolul 1 Aparatul unghial: embriologie, anatomie și fiziologie ____ 1

Capitolul 2 Explorarea aparatului unghial ____ 10

Capitolul 3 Semne fizice ale unghiilor ____ 20

Capitolul 4 Discromiile unghiale ____ 39

Capitolul 5 Manifestări unghiale ale bolilor dermatologice ____ 48

Capitolul 6 Manifestări unghiale ale bolilor sistemice ____ 66

Capitolul 7 Boli genetice ____ 81

Capitolul 8 Paronichia ____ 93

Capitolul 9 Onicomicoză ____ 99

Capitolul 10 Modificări traumatice și de contact ale unghiilor ____ 125

Capitolul 11 Tumori unghiale ____ 131

Capitolul 12 Biopsia unghiilor ____ 153

Capitolul 13 Chirurgia unghiilor: Onicocriptoză ____ 165

Capitolul 14 Cosmetica unghiilor ____ 172

Index alfabetic ____ 181

Contribuitori

Patricia Chang Josefina Carbajosa Judith Domínguez-Cherit

Supervisión técnica en temas específicos

Daniel Asz-Sigall
Eduwiges Martínez

Se agradece la colaboración iconográfica de:

Daniel Asz-Sigall
Robert Baran
Genévieve Buot Patricia Chang Pablo Campos
Josefina Carbajosa José Miguel Cortés Judith Domínguez-Cherit Dan López Carmen Liy
Silvia Marte
André Morales
Helga Sarti
Heriberto Vázquez Flores
Elsa Vásquez del Mercado

Gabriela Moreno
Sonia Toussaint

Magda Nájera
Jorge Ocampo-Candiani
Érika Ramírez
Silvia Torres
Helga Sarti
José de Jesús Valdez
Heriberto Vázquez Flores
Elisa Vega Memije
Mirna Toledo
Departamento de Dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González

Prefaţă

Unghiile, la fel ca părul, sunt apendice ale pielii care îndeplinesc funcții specifice, dar adesea subtile - și dificil de evaluat - asupra pielii. În ultimii ani, importanța patologiei unghiilor și-a câștigat locul cuvenit în practica medicală, în special pentru dermatologi.

Importanța aparatului unghial este aproape întotdeauna percepută doar atunci când acesta lipsește sau își pierde structura normală , din cauza modificărilor de culoare, formă sau stare a suprafeței, sau din cauza modificărilor din regiunea periunguală. Mulți autori au evidențiat adevărata semnificație a bolilor unghiilor și, datorită lor, avem o mai bună înțelegere a aspectului lor estetic sau cosmetic , împreună cu modificările pe care le suferă, inclusiv infecții fungice, tumori și modificări traumatice.

Onicomicoza reprezintă aproape 50% din problemele unghiilor; prin urmare, este foarte important să existe metode de diagnostic adecvate și să se cunoască cele mai eficiente scheme de tratament. În plus, costul tratamentului este o problemă reală și are un impact asupra calității vieții pacienților.

Această carte a fost posibilă datorită colaborării Dr. Judith Domínguez-Cherit și Dr. Daniel Asz-Sigall, ambii dermatologi și chirurgi dermatologi (primul cu o atenție deosebită pe afecțiunile unghiilor); Dr. Elsa Vásquez del Mercado, dermatolog și micolog; Dr. Sonia Toussaint-Caire și Dr. Helga Sarti, dermatopatologi din cadrul Departamentului de Dermatologie al Spitalului General Dr. Manuel Gea González; Dr. Josefina Carbajosa, chirurg dermatolog la Institutul Național de Nutriție; și Dr. Heriberto Vázquez Flores, chirurg dermatolog din Monterrey, Nuevo León, care, pe lângă stăpânirea bisturiului, a demonstrat un talent deosebit pentru ilustrație, o parte extrem de necesară a unei lucrări de acest gen. De asemenea, avem participarea neprețuită a Patriciei Chang, care are deja un ghid al celor mai frecvente afecțiuni ale unghiilor și care de mai bine de un deceniu a arătat în publicațiile sale un interes deosebit pentru unghii, atât de importante pentru estetica umană.

Având în vedere impactul fizic, psihosocial și ocupațional al afecțiunilor unghiilor, se așteaptă ca acest manual să își îndeplinească obiectivul de a fi un ghid practic care să permită diagnosticarea zilnică a acestei patologii unghiale, mereu interesante.

Dr. Roberto Arenas

Prolog

L-am auzit odată pe Dr. Roberto Arenas spunând: „Un profesor adevărat nu are elevi buni din întâmplare; el creează elevi buni.” Această reflecție este foarte puternică, iar înțelegerea ei adevărată ar trebui să ne facă să ne gândim la mulți dintre noi care îndrăznim să ne aventurăm pe calea predării.

Când întâlnim profesori care, datorită pregătirii și capacității lor de a-și transmite cunoștințele,

înțeleg că oportunitatea pe care au avut-o de a se pregăti comportă o responsabilitate socială și își asumă misiunea de a-și împărtăși înțelepciunea (așa cum spunea profesorul Ignacio Chávez: „Nu doar cu înălțimea intelectuală a celui care predă, ci și cu șlefuirea morală necesară pentru a preda prin exemplu"), trebuie să înțelegem că avem în față o paradigmă de urmat.

Roberto a avut norocul să posede un intelect extrem de priceput, care în sine este lipsit de sens fără înțelegerea faptului că acest dar al naturii implică și responsabilități mai mari și curajul de a le înfrunta. Învățătura sa, inițial limitată la cei patru pereți ai unei săli de clasă sau ai unui auditoriu în timpul unui eveniment academic, s-a confruntat rapid cu limitări impuse de constrângerile de timp ale momentului și de dimensiunea grupului. Mânat de nevoia de a găsi modalități mai universale de a ajunge la toată lumea, indiferent de timp, și de a contribui la educația și formarea a nenumărați studenți și medici, fără o față sau un nume anume, a început prin a publica în reviste și reviste medicale, iar mai târziu și-a asumat o provocare și mai mare: scrierea unei cărți.

Astfel, în 1987, a luat naștere **Dermatologie: Atlas, Diagnostic și Tratament * ,* o lucrare care, așa cum menționează profesorul Latapí, completează predarea dermatologiei în Mexic într-un mod foarte bine ilustrat (a patra ediție a fost publicată în 2009). Versatilitatea lui Roberto Arenas în cadrul specialității este foarte largă, ceea ce se reflectă în diversitatea subiectelor din publicațiile sale. De exemplu, în același an, a fost coautor al lucrării **Superficiale, subcutanate și pseudomicoze în Republica Dominicană *,* împreună cu Dr. Rafael Isa Isa. De altfel, micologia este domeniul pe care l-a explorat cel mai mult, împărtășindu-și expertiza în 1993 în cartea * *Micologie medicală ilustrată *,* care a ajuns la a patra ediție în 2011. Este demn de remarcat faptul că în 2001, împreună cu Roberto Estrada, a scris un manual foarte didactic despre bolile tropicale în limba engleză, * *Dermatologie tropicală *.*

Acum, Roberto își asumă o altă provocare: să scrie, împreună cu un grup de colaboratori, un manual practic despre patologia unghiilor. Cei dintre noi care am avut ocazia să-i urmărim - producția științifică și participarea frecventă la conferințe și cursuri am observat interesul său crescând pentru bolile unghiilor, care culminează acum cu această publicație, unde împărtășește experiența acumulată în domeniu de-a lungul vieții sale profesionale.

Frecvența cu care pacienții își vizitează medicul de familie sau dermatologul pentru probleme ale unghiilor este ridicată. Deși 47% din aceste cazuri sunt infecții fungice, multe boli se pot manifesta la nivelul unghiilor, de la probleme primare până la simptome sistemice. Este clar pentru noi toți că pentru un număr mare de medici, modificările morfologice ale unghiilor reprezintă o preocupare semnificativă.

Acestea sunt explicate pur și simplu printr-o etiologie fungică, antifungicele fiind prescrise în mod iresponsabil și fără justificare, ceea ce pentru pacienți implică o cheltuială mare și o expunere inutilă la efecte secundare.

, Dr. Arenas menționează că onicopatologia este, în general, dificil de înțeles deoarece unghiile au o expresivitate limitată, o morfologie similară, o nomenclatură complexă și utilizează termeni care sunt confuzi pentru majoritatea profesioniștilor din domeniul medical. Prin urmare, abordarea sa în această lucrare vizează facilitarea înțelegerii proceselor patologice care afectează aparatul unghial în ansamblu, facilitând astfel dezvoltarea unui protocol de studiu și aplicarea unui tratament adecvat.

Unul dintre punctele importante de subliniat este faptul că acest titlu este structurat în așa fel încât să răspundă așteptărilor atât ale celor care practică medicina generală, cât și ale celor dintre noi care lucrăm în domeniul dermatologiei.

Conținutul acestei lucrări, dezvoltat în paisprezece capitole, prezintă într-o manieră simplă structura anatomică a aparatului unghial, studiul său pregătitor și, în final, într-un mod extrem de didactic și concis, dezvoltarea diferitelor entități patologice, manifestări primare sau probleme

dermatologice, precum și expresia bolilor sistemice, metodele de studiu ale acestora, suportul de laborator și tehnicile de efectuare a biopsiilor, pe lângă terapiile medicamentoase și cele mai frecvente proceduri chirurgicale. Se subliniază grija care trebuie acordată unghiilor în general, iar importanța lor cosmetică nu poate fi trecută cu vederea (la urma urmei, interpretarea culturii noastre asupra acestui aspect este în primul rând estetică). Dezvoltarea subiectelor este susținută de peste 360 de ilustrații atent selectate dintr-o colecție care a necesitat mulți ani de muncă și pe care autorul o împărtășește cu generozitate cu noi.

Cele de mai sus subliniază importanța acestui text, care umple o lacună în literatura medicală latino-americană. Structura, iconografia și informațiile sale îl vor transforma într-un ghid important pentru practica zilnică a medicilor generaliști și dermatologilor.

Dr. Pablo Campos Macías **Departamentul de Dermatologie Facultatea de Medicină din León, Universitatea din Guanajuato Toamna 2011**

Introducere

Oncologia se ocupă cu studiul și cercetarea patologiei unghiilor. Unghiile sunt un apendice important datorită funcțiilor lor diverse, a afecțiunilor dermatologice care le pot afecta, a expresiei frecvente a bolilor sistemice, a reacțiilor la medicamente sau a tulburărilor genetice și pentru că, în multe cazuri, sunt esențiale pentru diagnostic. Mai mult, ele oferă medicilor posibilitatea de a interveni pentru a îmbunătăți aspectul lor sau a rezolva o problemă, dintr-o perspectivă medicală sau chirurgicală. Niciun examen dermatologic nu este complet fără o evaluare atentă a aparatului unghial, ca să nu mai vorbim de rolul semnificativ pe care îl joacă unghiile în cosmetică.

În ultimii ani, a existat un interes crescând pentru înțelegerea bolilor care afectează unghiile, precum și a metodelor de diagnostic și tratament. Din fericire, există acum numeroase articole pe această temă, în special cele legate de onicomicoză, pe lângă capitole din cărți, monografii și cărți de specialitate sau manuale scurte precum acesta, care își propun să prezinte cele mai practice cunoștințe despre unghia normală și modificările acesteia și să comunice aceste informații într-un mod simplu și obiectiv. Așa cum au subliniat pe bună dreptate Cohen și Scher acum 20 de ani, dermatologul are responsabilitatea de a recunoaște , evalua și trata bolile unghiilor, dar are și oportunitatea de a învăța de la fiecare pacient și, bineînțeles, de a-i preda ceea ce a învățat (*J Am Acad Dermatol ,* 1989;21:1020-1022).

În ultimele două decenii, au fost publicate câteva cărți excelente și foarte cuprinzătoare despre patologia unghiilor; cu toate acestea, aproape toate sunt în limba engleză. Cărțile pe acest subiect în limba spaniolă sunt rare, la fel ca și manualele sau ghidurile practice destinate celor care încep să învețe despre bolile unghiilor sau care observă o onicopatie foarte asemănătoare cu onicomicoza.

Unghiile protejează falangele distale și permit discriminarea tactilă și manipularea obiectelor mici. Ele servesc ca instrumente pentru scărpinat și apărare, precum și ca arme ofensive. Simultan, ele pot fi locul studiilor imunologice, biochimice și de biologie moleculară și sunt utilizate în aplicarea și dezvoltarea tehnicilor microchirurgicale, cercetarea clinică și științele fundamentale. Prin urmare, cunoașterea bolilor unghiilor, în special a infecțiilor fungice, a celor legate de HIV/SIDA sau a bolilor sistemice este esențială , în special pentru dermatologi, reumatologi, specialiști în boli infecțioase, ortopezi și podiatri.

Această carte abordează aspectele clinice ale celor mai frecvente afecțiuni ale unghiilor, ilustrate color și, ocazional, cu diagrame sau fișe didactice. Include, de asemenea, un capitol foarte amplu despre onicomicoză, diagnosticul micologic și tratamentul acesteia. Tratamentul - procedurilor chirurgicale și unele aspecte cosmetice sunt, de asemenea, importante.

Dr. Roberto Arenas

Capítulo

1

Aparatul unghial: embriologie, anatomie și fiziologie

- Helga M. Sarti
- Daniel Asz Sigall
- Eduwiges Martínez Luna
- Sonia Toussaint Caire
- Roberto Arenas

Unghiile fac parte din anexele pielii și sunt situate pe partea dorsală a falangei distale de la mâini și de la picioare. Ele formează o parte a unității sau aparatului unghial, care este o structură dinamică cu creștere liniară, formată din lamina unghială, pliul proximal sau eponihium, pliul distal sau hiponihium, pliurile laterale, patul unghial și matricea unghială (Figura 1-1).

Este important să înțelegem anatomia și sistemul de producție al organului unghial. În funcție de originea modificării, apar diferite anomalii; prin urmare, examinarea acestuia oferă indicii importante pentru diagnosticarea bolilor sistemice, dermatozelor , infecțiilor, ticurilor, utilizării medicamentelor și leziunilor traumatice. Funcțiile sale includ protejarea degetelor, îmbunătățirea dexterității, a abilităților și a discriminării tactile și permiterea scărpinatului, pe lângă funcția sa estetică.

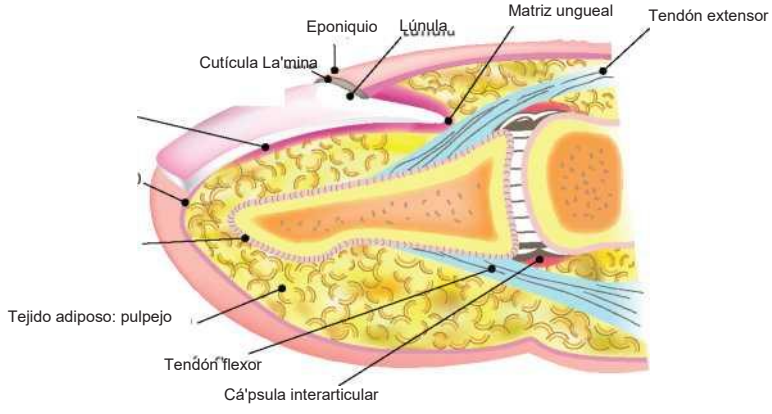


Figura 1-1 Partes de la uña (anatomía ungueal).

Embriologie

Structurile care dau naștere unității unghiale încep să apară în săptămâna a noua de gestație, din epiderma care acoperă suprafața ventrală a degetelor.

Gunoi

Hiponihium

Falanga distală

formează mugurele unghial și migrează aproape imediat spre suprafața dorsală, trăgând cu el ramurile nervoase. Pe suprafața dorsală, mugurele unghial formează o depresiune superficială, numită zona unghială primară, înconjurată de pliurile unghiale proximale și laterale.

În săptămâna a 13-a de gestație, stratul germinativ al pliului proximal al unghiei proliferează și devin matricea, care produce placa unghială cornoasă. Inițial, această placă este acoperită de un strat epidermic subțire, care ulterior degenerează, cu excepția bazei, formând cuticula. În săptămâna a 14-a, apare placa unghială, care acoperă întregul pat unghial în aproape trei săptămâni. Din săptămâna a 20-a încolo, unghia și degetul cresc împreună și apare hiponihiul.

La naștere, se observă frecvent koilonichia (unghii în formă de lingură), care se ameliorează spontan odată cu vârsta. Placa unghială crește pe tot parcursul vieții.

Anatomie

Structurile anatomice care alcătuiesc unitatea unghială sunt placa unghială, pliurile unghiale laterale, pliul unghial proximal, hiponihiul, patul unghial, banda onicodermică și matricea unghială. Fiecare dintre aceste structuri este descrisă în detaliu mai jos.

placă sau placă unghială

Este o structură netedă, strălucitoare, translucidă și keratinizată, compusă din corneocite organizate în trei straturi orizontale: dorsal, intermediar și ventral. Fiecare dintre acestea este denumit după regiunea matricei din care provine. În general, matricea proximală produce lamina dorsală, iar matricea distală, lamina ventrală (Figura 1-2).

Placa unghială acoperă întregul pat unghial și o parte din matricea distală și aderă ferm la aceasta (Figura 1-3). Este curbată pe ambele axe și crește în grosime și densitate pe măsură ce crește distal. Grosimea sa medie este de 0,3 până la 0,5 mm.

Stratul dorsal are un conținut mai mare de calciu, fosfolipide și grupări sulfhidril. Componenta fosfolipidică este cea care asigură rezistența la apă.

Figura 1-2 Diagrama plăcii unghiale: matrice distală și proximală. **Figura 1-3** Placă unghială sănătoasă.

Stratul mijlociu are o activitate enzimatică fosfatazică ridicată, probabil datorită numărului mare de resturi nucleare din acea zonă. Stratul ventral este compus dintr-unul sau două rânduri de celule , care sunt eozinofile și se mișcă în funcție de creșterea distală. Componentele sale biochimice sunt similare cu cele ale stratului dorsal, iar activitatea fosfatazei este ridicată, ca și în stratul intermediar.

Pliurile unghiilor

Acestea sunt structuri cutanate care înconjoară placa unghială și ocupă până la 75% din periferia acesteia. Pliul unghial proximal se extinde la 15 mm de la articulația interfalangiană și este compus din două părți:

a) *Regiunea dorsală sau eponihiul.* Este continuarea pielii pe dosul degetului. Conține glande sudoripare, dar nu și unități pilosebacee.

b) *Cuticula sau regiunea ventrală* . Este partea terminală a eponihiului. Este mai subțire: măsoară 1 până la 2 mm. Este alcătuită doar dintr-un strat cornos și este atașată de suprafața dorsală a plăcii unghiale (figura 1-1).

Pliul proximal are trei funcții principale:

- Contribuie la generarea laminei, prin intermediul matricei dorsale.
- Influențează direcția creșterii sale.
- Protejează pătrunderea agenților străini în aparatul unghial.

Bandă onicodermică

Este o bandă transversală cu dimensiuni cuprinse între 1 și 1,5 mm. Este de culoare roz sau maro. Este situată la marginea distală a plăcii unghiale, unde începe hiponihiul. Este prezentă la 90% din populația sănătoasă și reprezintă principala barieră împotriva pătrunderii de materiale străine sau microorganisme. Dacă este alterată, rezultatul este onicoliza.

Pat unghial

Se află sub lamina și se extinde de la marginea distală a lunulei până la hiponihiu (Figura 1-1). Este alcătuită din vase capilare dispuse longitudinal, ceea ce explică hemoragiile în formă de așchii secundare traumatismelor.

Epiderma este subțire (două sau trei straturi celulare) și se îngroașă pe măsură ce se apropie de pliuri. Îi lipsește un strat granular, iar studiile imunohistochimice au relevat prezența unor cantități foarte mici de melanocite inactive în stratul bazal. În această zonă nu există țesut subcutanat, glande sebacee sau anexe foliculare. La marginea distală se pot observa câteva glande sudoripare.

Hiponihium

Hiponihiul este spațiul format între marginea distală a degetului și suprafața liberă a plăcii unghiale. Aici se separă placa unghială și începe patul unghial. S-a demonstrat că este un rezervor pentru diverse microorganisme, cum ar fi *Staphylococcus epidermidis și unele* ciuperci.

Matricea unghiilor

Este centrul germinativ al unității unghiale. Se extinde din zona de sub pliul unghial proximal până la 2-3 mm distal de cuticulă (corespunzând regiunii vizibile numite lunulă). Are două mici proiecții laterale proximale care formează coarnele matriceale. Este alcătuită din două porțiuni, una distală și una proximală (Figura 1-4). Porțiunea distală nu are un strat granular și conține melanocite active (DOPA- pozitive [+]), care apar ca celule dendritice de-a lungul stratului bazal și focal în regiunea suprabazală. În schimb, matricea proximală conține melanocite inactive, care nu produc pigment.

Există încă controverse cu privire la formarea plăcii unghiale; cu toate acestea, există patru propuneri principale:

a) *Teoria clasică. Această teorie* propune că placa unghială este formată exclusiv din matricea unghială. Matricea proximală produce porțiunea dorsală superficială a plăcii; matricea distală, treimea ventrală medie și inferioară. Această teorie este susținută de lucrările autoradiografice ale lui Zaias.

b) *Teoria lui Lewis* . Conform acestei teorii, unghia este împărțită în trei părți: porțiunile dorsală și intermediară provin din matricea unghiei; porțiunea ventrală, din keratinizarea patului unghial.

c) *Teoria lui Pinkus* . Aceasta menționează o matrice proximală fertilă, care corespunde matricei unghiale, una sterilă (patul unghial) și, în final, o matrice terminală fertilă, situată în hiponihiu.

d) *Teoria lui Johnson* . Se sugerează că o cincime din placa unghială, care asigură grosimea finală, este dată de patul unghial.

S-a estimat că până la 81% din placa unghială provine din matricea proximală. Prin urmare, traumatismul acestei zone produce distrofie unghială ireversibilă (Figura 1-4).

Lunula

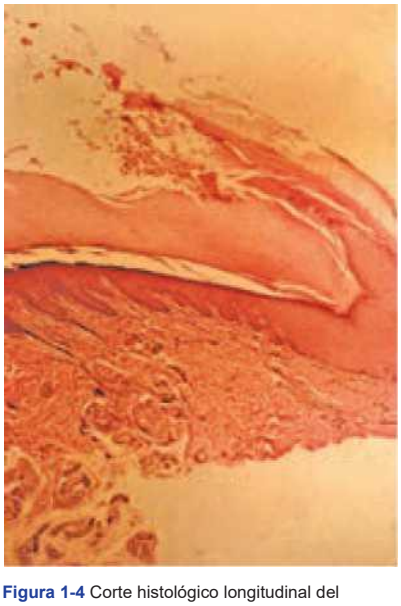


Figura 1-4 Corte histológico longitudinal del aparato ungueal (HE 10x).

Este marginea convexă a matricei distale vizibilă prin unghie, începând de la cuticulă. Are o culoare mai deschisă deoarece keratinizarea sa este incompletă, este mai puțin vascularizată și există o laxitate mai mare a țesutului conjunctiv. Se observă cel mai ușor pe primele degete ale mâinilor (Figura 1-3).

Alimentare vasculară

Arcurile arteriale palmare iau naștere din arterele radială și ulnară, anastomozându-se și ramificându-se spre falange. Există patru artere în fiecare deget , câte două pe fiecare parte. Arterele dorsale sunt mai mici și iau naștere din ramuri ale arterei radiale; cu toate acestea , ele asigură cel mai mare flux sanguin către degete. Regiunea subunguală este irigată de arcurile arteriale subunguale distale și proximale. Sistemul venos superficial este format din venele digitale palmare și dorsale.

Limfatice

În patul unghial, limfaticele sunt numeroase, în special

în apropierea marginii libere a unghiei. Rețelele superficiale și profunde se anastomozează între ele.

Corpuri glomus

Un *glomus* este definit ca o acumulare de vase mici sau grupuri de plexuri cavernoase. În piele, acestea formează un sistem cu o anastomoză arteriovenoasă care permite circulația rapidă între vase, jucând un rol în termoreglare. Această anastomoză include o arteră aferentă, canalul Sucquet-Hoyer (înconjurat de celule epitelioide cuboidale sau celule glomus derivate din mușchi neted sau pericite) și o venă eferentă, care se conectează la sistemul venos sistemic în afara capsulei glomus. Patul unghial conține un număr mare de corpi glomus.

Inervație

Arterele digitale sunt însoțite de o pereche de nervi digitali care provin din ramuri ale nervilor ulnar, radial și median. Principalele lor ramuri terminale inervează patul unghial și matricea unghiei. Ramurile dorsale inervează țesuturile periunguale.

Fiziologie

Aparatul unghial este o structură dinamică care crește liniar, cu o rată medie de aproximativ 0,1 mm pe zi. Prin urmare, durează între 4 și 6 luni pentru a-și finaliza creșterea . Unghiile de la mâini cresc cu 2 până la 3 mm pe lună; unghiile de la picioare, cu 1 mm pe lună. Înlocuirea completă a unghiilor durează de la 6 luni pentru mâini la 18 luni pentru picioare.

Creșterea unghiilor este mai lentă la degetele de la picioare, degetul mare și degetul mic la persoanele în vârstă, noaptea, iarna, cu febră sau la cei cu afecțiuni precum onicomicoză, malnutriție sau boală renală cronică sau atunci când se iau medicamente precum metotrexat, azatioprină, etretinat sau acitretin. În schimb, creșterea unghiilor este accelerată la persoanele mai tinere, în timpul zilei, vara și la cei cu afecțiuni precum hipertiroidism, șunturi arteriovenoase, psoriazis sau pitiriazis *rubra pilaris și* cu utilizarea de L-dopa, calciu, vitamina D și itraconazol.

Unele dintre principalele funcții ale aparatului unghial sunt următoarele:

1. Protejează împotriva agenților externi (fizici, chimici și biologici).
2. Face parte din sistemul rudimentar de apărare al ființei umane.
3. Îmbunătățește capacitatea discriminativă a pielii acrale, ceea ce crește sensibilitatea.
4. Îmbunătățește dexteritatea în manipularea obiectelor mici și capacitatea de a efectua mișcări digitale fine.
5. Are o funcție estetică și cosmetică.

Figura 1-5 Líneas de Beau.

Figura 1-6 *Pterygium* (terigión) dorsal en liquen plano.

Este important de subliniat că examinarea semnelor unghiale trebuie să fie atentă, deoarece acestea reflectă numeroase afecțiuni sistemice și dermatologice, precum și unele leziuni tumorale.

Printre cele mai frecvente modificări se numără:

- Liniile lui Beau, care indică o întrerupere temporară a creșterii matricei. Acestea pot fi localizate sau pot afecta toate unghiile (Figura 1-5).
- Pterigionul dorsal (*terigiu*) este proiecția eponihiului pe pat. Prezența sa este legată de lichenul plan (Figura 1-6) și diagnosticul său este foarte simplu dacă se constată și leziunile dermatologice caracteristice.
- Pterigionul ventral, care este legat de colagenopatiile (Figura 1-7).

Figura 1-7 *Pterygium* ventral en colagenopatías.

Figura 1-8 Hematoma subungueal u onicohemia con onicólisis.

Figura 1-9 Psoriasis y fosillas ungueales.

- Onicomicoză sau hematom subungual, care este secundar unui traumatism. Este relevant ca diagnostic diferențial al melanomului unghial. Progresia sa odată cu creșterea unghiei ajută la distingerea acestuia (Figura 1-8).

Există modificări cauzate de boli dermatologice care contribuie la diagnosticul lor, cum ar fi depresiuni punctate sau cu puncție, pete uleioase și onicoliză observate în psoriazis (Figura 1-9) sau trahionichia observată în alopecia areata (Figura 1-10). Unghiile albe sunt asociate cu ciroza sau hipoalbuminemia (Figura 1-11); lunulele albastre, cu boala Wilson (Figura 1-12); unghiile roșii, cu artrita reumatoidă (Figura 3-37); unghiile galbene, cu sindromul unghiei galbene (Figura 3-5); unghiile în formă de lingură, sau koilonichia, cu deficit de fier (Figura 1-13); hipoglosisul digital, cu boală pulmonară (Figura 1-14); și hemoragii în formă de așchii, cu endocardită sau traumatisme (Figura 1-15).

Figura 1-10 Traquioniquia en alopecia areata. **Figura 1-11** Leuconiquia en cirrosis hepática.

Figura 1-12 Uñas azules en enfermedad de Wilson.

Figura 1-13 Coiloniquia o uñas en cuchara.

Printre cele mai frecvente patologii tumorale benigne se numără fibrokeratomul (vezi Figura 11-6 din Capitolul 11), exostoza subunguală (Figurile 11-18 până la 11-20), enchondromul - (Figurile 11-16 și 11-17), tumora glomus (Figura 11-23) , *granulomul piogenic (Figura 11-23) și chistul mixoid (Figurile 11-12 și 11-13). Deși mai puțin frecvente* , ar trebui luate în considerare tumorile maligne, cum ar fi carcinomul scuamos (Figurile 11-33 până la 11-39), carcinomul bazocelular, keratoacantomul și melanomul (Figurile 11-36 până la 11-40).

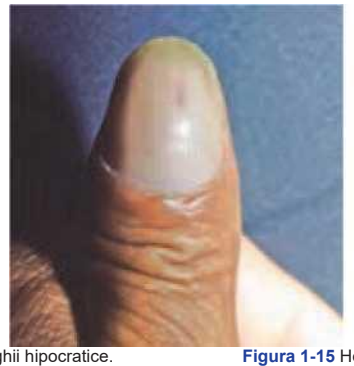


Figura 1-14 Unghii hipocratice.

Figura 1-15 Hemoragii în așchii.

Literatură

Baran R, Perrin C. Eritronichie longitudinală cu keratoză subunghială distală: onicopapilom al patului unghial și boala Bowen. *Br J Dermatol ,* 2000;143:132-135.

Cordero A. *Biología de la piel.* Argentina: Médica Panamericana, 1996:86-92.

Dawber RPR, de Berker DAR, Baran R. Știința aparatului unghial. En: *Baran și Dawbers Boli ale unghiei și tratamentul lor* . Londra: Blackwell, 2001:1-47.

Dawber RPR, de Berker DAR, Baran R. Știința aparatului unghial. En: Baran R, Dawber R. *Boli ale unghiilor și*

tratamentul lor , ediția a 3-a. Oxford: Blackwell, 1994:1-47.

Fleckman Ph. Biochimia unității unghiale. En: Scher R, Daniel CR. *Unghii: diagnostic, terapie, chirurgie ,* ediția a 3-a. Filadelfia: Elsevier Saunders, 2005.

Lateur N, Josette A. Melanonichia: diagnostic și tratament. *Dermatologic Therapy ,* 2002; 15:131-141.

Paus R, Peker S. Biologia părului și unghiilor. En: Bolognia, *et al . Dermatologie .* Filadelfia: Elsevier, 2004:1007-1033.

Perrin Ch, Michiels J, Pisani A, Ortonne J. Distribuția anatomică a melanocitelor în unitatea unghială normală: o investigație imunohistochimică. *Am J Dermatopath ,* 1997;19(5):462-467.

Tosti A. *și colab .* Semne și simptome ale unghiilor. În: Rich P *Nails, Diagnostic, Therapy, Surgery ,* ediția a 3-a. Philadelphia: Elsevier, 2005:73-86.

Rowland P. Unghii casante, unghii fragile. *J Cos Derm ,* 2004;3:119-121.

Silva P, Vera C, Kolbach M, Fernández F. Suspiciune de patologii sistemice prin alterarea unghiilor . *Rev Méd Chile ,* 2006:134(2).

Zaias N. Embriologia unghiei umane. *Arch Dermatol ,* 1963;87(1):37-53.

Capítulo

2 Explorarea aparatului unghial

• Roberto Arenas

Patologia unghiilor este, în general, dificil de înțeles, deoarece are manifestări subtile, o morfologie similară și o nomenclatură complexă, pe lângă utilizarea unor termeni care sunt confuzi pentru majoritatea profesioniștilor din domeniul medical. Medicii au adesea o experiență limitată în acest domeniu, iar pacienții sau chiar dermatologii înșiși sunt reticenți în a se supune unei biopsii unghiale, ceea ce duce adesea la ratarea oportunităților pentru un diagnostic precis .

În timpul examinării, trebuie verificate unghiile de la mâini și de la picioare, observându-se dacă modificările sunt simetrice, dacă este afectată placa unghială, patul sau periferia, pe lângă mucoase sau firele de păr.

Examinarea unghiilor se efectuează printr-o inspecție vizuală atentă, dacă este posibil sub lumină naturală și fără ojă. Trebuie făcută o anchetă amănunțită cu privire la tunderea regulată, deoarece aceasta permite determinarea ratei de creștere.

Printre manevrele diagnostice, una foarte simplă pentru unele tumori este transiluminarea sau utilizarea unui dermatoscop (vezi Figurile 2-1, 3-7 și 9-4). Cele mai practice studii complementare sunt examenul micologic sau bacteriologic, biopsia și studiile radiografice. Aceste tehnici diagnostice auxiliare sunt de obicei convenabile, economice și adesea definitive pentru confirmarea unui diagnostic.

lentilă cu mărire de 10x . Unele dermatoscoape sunt compatibile cu computerul și permit înregistrarea permanentă a imaginilor observate. Alte opțiuni din noul arsenal pentru diagnosticul

Figura 2-1 Transiluminación.

dermatologic includ microscopia confocală și tehnicile moleculare, în special reacția în lanț a polimerazei (PCR).

Patologia unghiilor reprezintă 5 până la 10% din afecțiunile dermatologice, iar printre acestea, infecțiile fungice ale unghiilor pot reprezenta până la 50% din total. Prin urmare, examenul micologic tradițional cu colorare directă cu KOH sau clorazol negru, precum și cultura pe agar Sabouraud, fac parte din abordarea de rutină pentru orice alterare a unghiilor, deși capacitatea de a identifica mucegaiurile non-dermatofite emergente este acum esențială (vezi Capitolul 8).

În studiul unei boli a unghiilor, este necesară și o examinare amănunțită a pielii, părului și mucoaselor, deoarece unele boli, cum ar fi lichenul plan, se manifestă prin papule poliedrice caracteristice care pot fi cruciale pentru diagnostic (Figura 5-11). În prezența unor gropițe (de exemplu, în psoriazis), plăcile eritematoso-scuamoase sau anomaliile scalpului pot fi indicatori cheie (Figura 5-22). Eczema mâinilor se poate prezenta cu eritem, vezicule, ulcerații și lichenificare, însoțite de prurit.

Modificări ale aspectului unghiilor

Modificările unghiilor sunt împărțite în modificări ale formei, suprafeței și zonelor periunghiale:

- **Alterări de formă:** anonichie, onicomadeză, koilonichie, onicoliză, pahionichie, hipotaczie digitală și brahionichie.
  - *Anonichia* este absența uneia sau mai multor unghii, parțial sau total (Figura 2-2). Anonichia temporară poate fi cauzată de onicomadeză legată de afecțiuni locale sau sistemice tranzitorii. Dacă se datorează cicatricilor, se numește onicoatrofie.
  - *Onicomadeza* este separarea proximală a plăcii unghiale. Poate fi genetică, ca în cazul pierderii periodice a unghiilor (Figura 2-3), sau dobândită și cauzată de tulburări vasculare, intoxicații cu medicamente sau metale grele și lichen plan. Ocazional, este cauzată de onicoliză traumatică severă, deficit de zinc și stres (Figura 2-4).

Figura 2-2 Anonihie.

Figura 2-3 Pierderea periodică a unghiilor.

Figura 2-4 Onicomadesis.

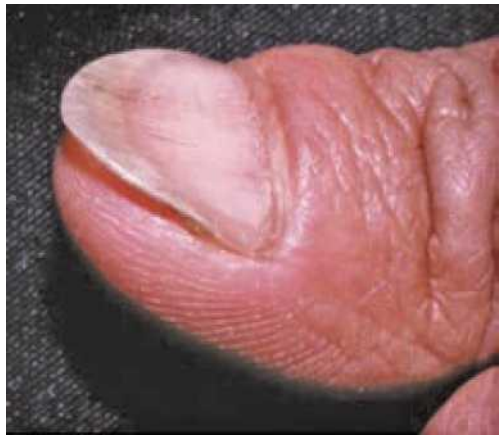


Figura 2-5 Coiloniquia.

- *Koilonychia* Este unghia linguriței; este numită și semnul picăturii de apă. Predomină la nivelul mâinilor. Placa unghială este subțire și asimetrică. Poate fi fiziologică , ocupațională, prin deficit de fier (anemie), lichen plan, hipoplazie dermică focală, displazie ectodermică hipohidrotică, tricotiodistrofie și idiopatică (Figura 2-5).
- *Onicoliza* este separarea distală sau laterală a plăcii unghiale. Poate fi acută și cauzată de traume, substanțe chimice și medicamente; când este cronică, poate fi cauzată de ciuperci, în special drojdii din genul *Candida* și, mai rar , *de Trichophyton rubrum* (acest dermatofit provoacă adesea hiperplazie epidermică subunghială , cunoscută sub numele de hiperkeratoză subunghială distală sau laterală). Onicoliza indusă de produse cosmetice se datorează cel mai adesea ojelor, întăritorilor, unghiilor artificiale și substanțelor chimice precum hipocloritul de sodiu (vezi Capitolul 14). Onicoliza infecțioasă poate fi fungică, bacteriană sau virală (Figura 2-6).

Figura 2-6 Onicólisis por bacterias y *Candida* sp.

Figura 2-7 Paquioniquia: uñas en garra.

Figura 2-8 Onicogrifosis: uñas en pico de loro.

Figura 2-9 Onicogrifosis: uñas en teja.

- *Pahionichia* este îngroșarea sau hipertrofia plăcii unghiale. În cazuri extreme, provoacă onicogrifoză sau unghie în gheară (Figura 2-7). Când unghia are o supracurbură longitudinală, este cunoscută sub numele de unghie în cioc de papagal; când este transversală, este numită unghie în țiglă, în pensetă sau în gheară (Figurile 2-8 și 2-9).
- *Tromboza digitală* este supracurbura transversală și longitudinală a plăcii unghiale . Acestea sunt unghiile de tip „sticlă de ceas", rezultând degete strombozate. Unghiile strombozate pot fi fiziologice, asociate cu boli cardiovasculare genetice sau secundare afecțiunilor pulmonare, intestinale, tiroidiene sau hepatice, malnutriției sau SIDA (Figura 2-10). Sunt asociate cu pahidermoperiostoza (Figura 2-11).
- *Brahionichia* sau unghiile scurte. Afectează în principal policele și le conferă un aspect „de rachetă". Unghia are o axă longitudinală mai scurtă decât în mod normal și poate fi însoțită de falange (Figura 2-12).

Figura 2-10 Hipocratismo digital.

Figura 2-11 Lesiones cuta'neas en la paquidermoperiostosis.

Figura 2-12 Braquioniquia.

Figura 2-13 Hoyuelos en psoriasis: signo del dedal.

- **Alterări ale suprafeței:** gropi, fisuri și șanțuri, linii orizontale și crăpături:
  - *Gropițele unghiale* sunt *depresiuni sau indentații punctuale* pe suprafața plăcii unghiale. Ele constituie „semnul degetului" tipic observat în psoriazis (Figura 2-13). Când aceste depresiuni sunt foarte mici și aproape *de* zona afectată, se numesc trahionichie și au un aspect „de șmirghel" (Figura 2-14). Prin urmare, este foarte important să se determine dimensiunea și regularitatea lor. Aceste depresiuni pot apărea în asociere cu boli dermatologice precum lichenul plan, alopecia, eczema și psoriazisul (Figura 2-15). Ele apar și în paronichie, onicomicoză, febră reumatică și tuberculoză.
  - *Fisurile și șanțurile* sunt depresiuni orizontale care apar pe suprafața plăcii unghiale. Când sunt foarte adânci, sunt cunoscute sub numele de linii Beau și se datorează unei opriri a creșterii matricei (Figura 2-16). Forma clasică

Figura 2-14 Traquioniquia.

Figura 2-15 Lesiones de psoriasis en cuero cabelludo.

Figura 2-16 Líneas de Beau.

Șanțul devine evident la nivelul unghiilor la 4 până la 8 săptămâni după debutul afecțiunii sistemice ; adâncimea acestui șanț oblic este variabilă. Uneori este o linie transversală; totuși,

Figura 2-18 Líneas horizontales múltiples.

când afecțiunea este severă, șanțul devine foarte oblic și poate duce la onicomadeză (Figura 2-17). Acest șanț mobil, care avansează distal cu o rată de 2,1 până la 5 mm pe lună, poate afecta toate cele 20 de unghii, dar este întotdeauna cel mai vizibil la nivelul unghiilor. În unele cazuri, se prezintă cu leuconichie, în special legată de chimioterapie. Se găsește la pacienții cu boli sistemice acute, cum ar fi febră, eritrodermie, hepatită și boala Raynaud. Factorii locali includ utilizarea prelungită a garoului în timpul intervențiilor chirurgicale, fenolizarea și paronichia cauzată de psoriazis sau eczeme.

- *Liniile orizontale ,* care sunt aproape întotdeauna multiple, apar ca o consecință a eczemelor la nivelul mâinilor, a paronihiei de diferite etiologii, a traumatismelor precum manichiura și ticurile, precum și a utilizării de medicamente citostatice (Figura 2-18). Atunci când sunt multiple, regulate și afectează unghiile de la police, constituie distrofie unghială canaliformă mediană, care poate fi genetică sau dobândită, cum ar fi distrofia factică (Figura 2-19).

Figura 2-17 Onicomadesis secundaria a surco transversal.

Figura 2-25 Esquema de la pigmentación ungueal sistémica y local.

Figura 2-19 Distrofia ungueal media canaliforme.

Figura 2-20 Hendidura longitudinal secundaria a tumor de matriz.

- Șanțurile sunt *depresiuni* longitudinale care apar de-a lungul plăcii unghiale. Când sunt solitare, pot fi expresia unei tumori prezente în matricea unghiei (Figura 2-20). Când sunt multiple, constituie onicorexie și se observă în lichenul plan sau boala Darier sau pot fi cauzate de radiodermatită (Figura 2-21).

• **Alterări periunghiale:** *Pterigionul* (pterigionul) unghiilor, paronichia și onicocriptoza.

- Pterigionul *unghial (terigiu) ,* care poate fi ventral sau dorsal (Figura 2-22), este descris inițial în Capitolul 1 și este discutat mai pe larg în Capitolul 3 .
- *Paronichia* , sau *perionichia,* este inflamația țesuturilor care înconjoară unghiile (în special cuticula). Când este acută, afectează aproape întotdeauna o singură unghie și este secundară traumatismelor repetitive. Când este cronică, afectează mai multe unghii, este adesea asociată cu imersia prelungită a mâinilor în apă și indică prezența unei infecții fungice.

Figura 2-21 Onicorrexis.

Figura 2-22 *Pterygium* (terigión) dorsal.

Figura 2-25 Esquema de la pigmentación ungueal sistémica y local.

Figura 2-23 Paroniquia crónica.

Figura 2-24 Onicocriptosis.

cum ar fi candidoza. Poate fi, de asemenea, legată de oportuniști precum *Fusarium (* Figura 2-23).

- *Onicocriptoza* este unghia încarnată în regiunile periunghiale înconjurătoare. Cel mai frecvent, sunt afectate primele degete de la picior din regiunile laterale, dar poate fi implicată și partea distală a unghiei și oricare dintre celelalte unghii (Figura 2-24).

Modificări ale culorii unghiilor

Alterările discromice ale unghiilor pot fi endogene sau exogene (Figurile 2-25, 4-1 și 4-2). Primele se manifestă prin modificări de culoare care urmează de obicei linia lunulei; cele din urmă, cele ale cuticulei. Acestea pot fi datorate traumatismelor și agenților fizici.

Figura 2-25 Esquema de la pigmentación ungueal sistémica y local.

Figura 2-26 Melanoniquia por melanoma maligno.

Figura 2-27 Melanoniquia longitudinal.

substanțe chimice, medicamente, ciuperci și bacterii, dermatoze, boli sistemice, precum și nevi și

tumori (Figura 2-26).

Unele discromii unghiale sunt leuconichia, melanonichia, xantonichia, cloronichia, eritronichia, unghiile albastre și hemoragiile în formă de aşchii.

Printre acestea, se remarcă melanonichia longitudinală, caracterizată prin prezența unor benzi înguste, întunecate, care afectează placa unghială, din cauza depunerii de melanină ; cu toate acestea, prezența sângelui sau a altor cromogeni poate imita această tulburare (Figura 2-27). Aceste benzi pot fi solitare și de origine neoplazică sau non-neoplazică.

- Printre cauzele *benzilor melanonichinice unice neoplazice* se numără sindromul de tunel carpian, corpii străini subunghiali, hematomul longitudinal, iradierea locală, hiperpigmentarea postinflamatorie și traumatismele acute sau cronice (Figura 2-28).
- Printre cauzele *benzilor melanonichinice non-neoplazice* se numără nevii, proliferarea melanocitelor și melanomul, pe lângă alte origini non-melanocitare, cum ar fi chistul mucos, histiocitomul, negii comuni, boala Bowen și carcinomul bazocelular.

Figura 2-28 Melanoniquia friccional.

Figura 2-25 Esquema de la pigmentación ungueal sistémica y local.

Figura 2-29 Melanonihie cauzată de agenți citostatici.

Benzile multiple pot fi cauzate de boli dermatologice, cum ar fi sindromul Laugier-Hunzinker sau lichenul plan sau striatum; sau de medicamente, cum ar fi antimalarice, arsenic , bleomicină, busulfan, ciclofosfamidă, doxorubicină, 5-fluorouracil, aur, hidroxiuree, ketoconazol, melfalan, metotrexat, minociclină, fenotiazină, fenitoină, soralene, sulfonamide, tetracicline și cidovudină, printre altele (Figurile 2-29 și 4-1). De asemenea, pot avea o origine infecțioasă, ca în SIDA, bacteriană sau cauzată de *Candida* sau ciuperci dematiacee, cum ar fi *Alternaria* sp și *Scytalidium* sp (Figura 9-12).

În contextul chimioterapiei, pigmentarea unghiilor poate fi cauzată de doxorubicina, ciclofosfamida și hidroxiuree. Modificările observate sunt benzi longitudinale și transversale, pe lângă înnegrirea difuză. Aceste pete au fost asociate cu efectele toxice ale medicamentelor, fotosensibilizare și stimularea focală a melanocitelor din matrice (Figurile 3-22 și 4-1).

Literatură

Aste N, Fumo G, Contu F, *et al* . Pigmentarea unghiilor cauzată de hidroxiuree: Raport de 9 cazuri. *J Am Acad Dermatol ,* 2002;47:146-147.

Baran R, Kechijan P. Melanonichia longitudinală (melanonichia striata): diagnostic și tratament. *J Am Acad Dermatol ,* 1989;21:1165-1175.

Cohen P, Scher RK. Bolile unghiilor și dermatologia. *J Am Acad Dermatol ,* 1989;21:1020-1022.

Daniel C, Scher R. Modificări ale unghiilor cauzate de medicamente sistemice sau substanțe de ingestie. *Dermatol Clin ,* 1985; 3:491-500.

De Berker D. Ce înseamnă liniile lui Beau? *Int J Dermatol ,* 1994;33(8):545-546.

Victoroff VM. Linii albe transversale pe unghii induse de chimioterapia combinată. *Arch Dermatol ,* 1993;129:1217-1218.

Capítulo

3 Semne fizice ale unghiilor

• Elsa Vázquez del Mercado

Acest capitol enumeră semnele fizice fundamentale pentru diagnosticarea afecțiunilor unghiilor. De asemenea, identifică anumite sindroame (unghii îngălbenite) sau modificări atât de caracteristice (onicofagie, onicotilomanie) încât simpla lor prezență este suficientă pentru stabilirea unui diagnostic. În unele cazuri, datorită importanței și frecvenței lor, sunt menționate cauzele etiologice (koilonichie, pitting, linii Beau, onicoliză, leuconichie, hemoragii în așchii, paronichie) pentru a facilita diagnosticul inițial.

Degete hipocratice sau degete de copan

Acestea se caracterizează prin creșterea curburii longitudinale și transversale a unghiei, împreună cu o creștere excesivă a țesuturilor moi (Figura 3-1). Există două forme clinice: ereditară și dobândită.

- *Formă ereditară sau idiopatică.* Se transmite prin moștenire autosomal dominantă sau legată de sex. Devine de obicei evidentă după pubertate. Afectează unghiile de la mâini și de la picioare. A fost descrisă o formă congenitală, care este rară (5 până la 10%). Această categorie include hippocratismul care însoțește pahidermoperiostoza (vezi Figura 2-11).
- *Formă simplă dobândită* . Aceasta este cea mai frecventă formă (90 până la 95%). De obicei, începe la degetul mare, în porțiunea proximală a unghiei. Poate fi vizibilă o creastă transversală. Este asimptomatică, dar poate fi prezentă durere în cazurile de debut rapid.

Figura 3-1 Dedos en palillo de tambor.

Figura 3-2 Schema unghiului Lovibond.

Se caracterizează printr-o creștere a țesutului conjunctiv dintre lama unghială și falange. Inițial, culoarea variază de la roz la liliac, iar ulterior devine cianotică. Apariția hipocratismului digital se poate produce de obicei în câteva săptămâni sau luni și se poate inversa dacă nu este de lungă durată. Nu au fost descrise modificări notabile folosind metode radiologice.

Diagnosticul poate fi pus prin măsurarea unghiului Lovibond, care se formează între placa unghială și pliul unghial proximal. Unghiul normal este de obicei de 160°; în cazul ipomocrării digitale, acesta este mai mare, ajungând până la 180° (Figurile 3-2 și 3-3). Acest unghi se observă atunci când ambele degete sunt plasate lateral, unul lângă celălalt. În plus, se formează o fereastră în formă de diamant, care dispare în cazul ipomocrării. În cazul pseudoipomocrării, acest unghi este păstrat și există doar o supracurbură a unghiei de-a lungul ambelor axe.

Cauzele acestei afecțiuni sunt multifactoriale. Cea mai probabilă ipoteză este o creștere a aportului de sânge secundară șunturilor arteriovenoase de la nivelul degetelor, cu congestie vasculară ulterioară la nivelul patului unghial, hiperplazie și edem al țesuturilor moi.

Figura 3-3 Seudonhipocratismo digital, ángulo de Lovibond.

Acest semn a fost descris în:

a) Osteoartropatie pulmonară hipertrofică, însoțită de modificări radiologice, cum ar fi demineralizarea falangelor și îngroșarea corticală a diafizei.

b) Carcinomul bronhogen la bărbați.

c) Boli cardiovasculare: cardiopatie congenitală cianotică, insuficiență cardiacă, endocardită bacteriană, mixom atrial, acrocianoză și degerături.

d) Boli endocrine: post-tiroidectomie, mixedem, cretinism și în 44% cazuri sindrom Crow-Fukase sau POEMS (polineuropatie, organomegalie, endocrinopatie, proteine M și *modificări cutanate)* .

e) Tulburări gastrointestinale: diaree cronică, boală celiacă, utilizarea prelungită a laxativelor, colită ulcerativă, boala Crohn, anorexie nervoasă, sindrom Peutz-Jeghers, polipoză, steatoree, hepatită, ciroză, icter obstructiv și infecții (amebiază, dizenterie, tuberculoză, ascaridioză) și candidoză cutaneo-mucoasă cronică.

f) Boli hematologice: policitemia vera și neutropenie cronică familială.

g) Infecții: empiem, abces pulmonar, tuberculoză, paracoccidioidomicoză, pneumonie , pielonefrită, sifilis, lepră și febră reumatică.

h) Carcinoame: carcinom hepatocelular; carcinoame esofagiene, de colon și ale intestinului subțire; limfom Hodgkin ; neoplasme pulmonare; sarcom Kaposi și leucemie mielocitară cronică .

i) Tulburări neurologice: siringomielie.

j) Tulburări metabolice: malnutriție, kwashiorkor și hipervitaminoza A.

k) Tulburări respiratorii: emfizem pulmonar, fibroză pulmonară, astm, sarcoidoză, chisturi pulmonare și bronșită.

l) Boli reumatologice: sclerodermie, boala Raynaud și lupus eritematos sistemic.

m) Intoxicații: arsenic, fosfor, alcool, mercur, beriliu, clorură de vinil și heroină.

n) Afecțiuni vasculare: sindroamele Maffucci și Osler-Weber-Rendu.

Nu este frecventă, dar a fost raportată iscoapă digitală unilaterală în cazuri de limfangită, tumoră Pancoast, gută, subluxație a umărului, leziuni ale nervului median, traumatisme locale, anevrism arterial, fistulă arteriovenoasă, eritromelalgie, sarcoidoză, encondrom, incluziuni subunghiale și osteoame.

Unghie în formă de scoică

Se caracterizează printr-o creștere a curburii longitudinale a unghiei, împreună cu atrofia patului unghial. Cauza este necunoscută. Este opusul hipodromului. A fost raportată la o fată cu pneumonie din cauza bronșiectaziei care a afectat unghiile de la mâini și prima unghie de la picior.

Koilonychia

Se mai numește și *unghie în formă de lingură* . Inițial, unghiile se aplatizează, iar mai târziu placa unghială se răsucește, creând o formă concavă (Figura 3-4). Poate afecta toate unghiile.

Figura 3-4 Koilonichie la o gospodină.

al mâinilor, deși este mai puțin frecvent la degetele de la picioare. Este considerat un fenomen fiziologic atunci când afectează primul deget de la picior la copiii sub doi ani. Există o formă congenitală legată de defecte ectodermale care se transmite cu moștenire autosomal dominantă. În formele dobândite, patogeneza este multifactorială. Unghiile apar slabe și moi. Aceste modificări au fost asociate cu niveluri scăzute de cisteină. Acest semn (numit „semnul picăturii de apă") a fost descris în:

a) Afecțiuni congenitale: sindrom unghio-rotulea, displazie condroectodermică, sindrom LEOPARD (acronim pentru lentiginoză, electrocardiogramă cu tulburări de conducere, hipertelorism ocular, stenoză pulmonară, anomalii genitale, retard de creștere și hipoacuzie neurosenzorială *[surditate])* , sindrom Nezelof, *incontinentiapigmentată* (incontinență pigmentată), acrogeria, keratodermie palmoplantară, hipoplazie dermică focală, monilethrix și steatocistom multiplu.

b) Ischemie cardiacă.

c) Psoriazis, lichen plan, lichen striat, alopecie areata, boala Darier și scleroză sistemică cu fenomen Raynaud.

d) Intoxicație cu tioglicolat.

e) Tulburări endocrine: tireotoxicoză, hipotiroidism, acromegalie și diabet zaharat.

f) Tulburări gastrointestinale: post-gastrectomie, malabsorbție, sindrom Plummer-Vinson, sideropenie și glosită.

g) Boli hematologice: policitemia vera, tumora eritropoietină, deficit de fier, hemoglobinopatii și boala Banti.

h) Infecții: sifilis și onicomicoză.

i) Tulburări metabolice și nutriționale: porfirie cutanată tardivă, hemocromatoză, cașexie, deficit de cisternă și avitaminoză.

j) Post-transplant renal.

k) Boli ale țesutului conjunctiv: boala Raynaud și sclerodermia.

l) Factori externi: traumatisme ocupaționale (contact cu ciment, alcali, acizi, petrol, solvenți), onicofagie, degerături, arsuri și sindrom de tunel carpian.

m) Forma fiziologică la copii și nou-născuți.

n) Forme idiopatice și rasiale.

Sindromul unghiilor galbene

A fost descrisă de Samman și White și este caracterizată prin triada: unghii îngălbenite, limfedem și boli respiratorii.

Cheia este creșterea lentă (0,1 până la 0,25 mm pe săptămână); acestea trebuie tunse doar o dată sau de două ori pe an. Unghiile sunt galben-verzui, apar îngroșate, cu o curbură longitudinală și transversală crescută. Lunula este mică sau absentă. Nu există cuticulă. Poate fi prezentă onicoliză și, ocazional, unghiile cad complet. Țesuturile periunghiale sunt edematoase, imitând paronichia (Figura 3-5).

Este o afecțiune multifactorială. Au fost descrise modificări ale drenajului limfatic, pe lângă factorii metabolici, ischemici, nutriționali sau toxici. De asemenea, a fost asociată cu:

a) Boli cardiovasculare: insuficiență cardiacă și infarct miocardic.

b) Tratament cu D-penicilamină.

c) Tulburări endocrine: hipo- și hipertiroidism și diabet zaharat.

d) Ascita, limfangiectazie.

e) Defecte imunologice: hipogamaglobulinemie, scăderea IgA și IgM, SIDA.

f) Infecții: tuberculoză și sifilis.

g) Malignitate: sarcom, boala Hodgkin, macroglobulinemie, carcinom al laringelui și endometrului.

h) Sindrom nefrotic, hipoplazie renală.

i) Tulburări respiratorii: revărsat pleural, bronșiectazie, bronșită cronică, boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC), astm și sinuzită cronică.

Figura 3-5 Síndrome de uñas amarillas.

Figura 3-6 Fosillas ungueales, signo del dedal.

j) Artrita reumatoidă.

k) Limfedem congenital, retard mintal și apnee în somn.

Gropițe la nivelul unghiilor *(„pitting”)*

Acestea se mai numesc și *depresiuni Rosenau* . Când este o singură depresiune mare , care începe de la lunulă și progresează odată cu creșterea unghiei, se numește *konyxis ;* a fost descrisă și în sifilis secundar, psoriazis, sindromul Reiter și traume. Acestea apar ca depresiuni punctiforme în unghie, din cauza unui defect al matricei unghiale (Figura 3-6). Lungimea fosetei indică durata deteriorării matricei, în timp ce adâncimea și lățimea indică extinderea. Histopatologia relevă parakeratoză focală în matricea proximală.

A fost legat de:

a) Psoriazis (semnul degetului), eczemă, alopecia areata, parakeratoză pustuloasă, pitiriazis rozea, onicomicoză, pemfigus vulgar și edem cronic.
b) Sifilis.
c) Histiocitoză.
d) Boli ale țesutului conjunctiv: artrita psoriazică, lupusul eritematos sistemic și dermatomiozita.
e) Ocupație, manichiuristă.
f) Boala Reiter, sarcoidoza.

Linii Beau

În 1846, cardiologul parizian Joseph Honoré Simone Beau a descris aceste linii la pacienții cu febră tifoidă și alte boli sistemice acute. De Nicola și colegii săi le-au descris ca depresiuni Rosenau. Acestea sunt depresiuni transversale în lama unghială, care se desfășoară una lângă alta și progresează distal odată cu creșterea unghiei. Ele rezultă dintr-o întrerupere temporară a creșterii matricei (vezi Figurile 1-5 și 2-16). Un calcul aproximativ al momentului în care au apărut se poate face împărțind distanța de la pliul unghial proximal până la linie la rata de creștere a unghiei.

Liniile lui Beau pot afecta unghiile de la mâini și de la picioare. Când apar doar pe o unghie, cauza este de obicei în acea unghie. Examinarea histologică relevă o keratinizare epidermică alterată.

Acestea au fost descrise în legătură cu:

a) Boli dermatologice: eczeme, eritrodermie, paronichie, sindrom Stevens-Johnson și acrodermatită enteropatică (deficit de zinc).
b) Diabetul zaharat.
c) Sindrom febril, ocluzie coronariană, șoc, SIDA, boala Kawasaki și chimioterapie.
d) Dismenoree.
e) Boala Raynaud.
f) Traumatisme, manichiură, sindrom de tunel carpian, garou.

Trahionichia

În 1950, Alkiewicz a descris acest simptom. Unghiile au o suprafață rugoasă, creste longitudinale și un aspect asemănător șmirghelului; sunt fragile și casante (Figura 3-7). A fost descrisă și ca distrofie idiopatică cu douăzeci de unghii. Există o formă congenitală și una dobândită .

Forma dobândită a fost observată în contact cu substanțe chimice, psoriazis, lichen plan, alopecie areata, ihtioză vulgară, displazie ectodermică și deficit de IgA.

Onychauxis

Se caracterizează prin hipertrofie unghială fără deformare. Poate rezulta în urma unui traumatism, a bolii Darier , a psoriazisului, a pitiriazisului *rubra pilaris și* a acromegaliei (Figura 3-8). Există și cazuri ereditare. Tratamentul se bazează pe debridare mecanică sau chimică cu uree 40%.

Onicogrifoză

Hipertrofia unghiilor care seamănă cu ghearele. Poate fi cauzată de traume, boli vasculare periferice și, adesea, neglijență. Se observă mai frecvent la vârstnici (vezi și Figura 2-8).

Onicomadeză

Reprezintă o oprire temporară a funcției matricei unghiale. Unghia se desprinde în straturi de pliul unghial proximal. Poate rezulta din tulburări neurologice, dializă peritoneală, micoză fungoidă, lichen plan eroziv (vezi Figura 5-13) sau keratoză punctată palmară și plantară.

Unghii jumătăți și jumătăți

Unghia apare cu porțiunea proximală albă, clar delimitată de porțiunea distală, care este roșiatică, roz sau maro. Este asociată cu boala renală cronică cu azotemie (Figura 3-9). Se observă și la vârstnici, la pacienții cu chimioterapie și la pacienții cu SIDA.

Figura 3-7 Trahionichia în distrofia unghială. **Figura 3-8** Acromegalie, hipertrofie unghială. 20 de unghii.

Figura 3-9 Uñas mitad y mitad en insuficiencia renal.

Figura 3-10 Líneas de Mees por citostáticos.

Linii Mees

În 1910, Mees a descris aceste benzi albe transversale, care rezultă din intoxicația cu arsenic sau taliu. Ele pot fi cauzate și de septicemie, anevrism aortic disecant, infecții parazitare, chimioterapie și insuficiență renală acută sau cronică (Figura 3-10).

Terry's Nails

Această formă de leuconichie a fost descrisă acum 55 de ani la pacienți cu ciroză. De obicei, unghiile devin alb-opace, afectând aproape întreaga unghie, extinzându-se la 1 până la 2 mm de la marginea distală. O bandă maro sau roz, cu lățimea de 0,5 până la 3 mm, este paralelă cu marginea. Schimbarea culorii se datorează modificărilor patului unghial și a fost descrisă și în insuficiența cardiacă congestivă, diabetul zaharat și vârsta înaintată (vezi Figura 1-11). Liniile lui Muehrcke sunt benzi albe transversale paralele cu lunula și separate de aceasta și una de cealaltă prin benzi roz ale unghiei. Sunt asociate cu hipoalbuminemie și dispar atunci când nivelurile sunt normale (Figura 3-11).

Figura 3-11 Líneas de Muehrcke en insuficiencia renal crónica.

Onichorexie

Unghiile fragile și casante pot rezulta din expunerea cronică la apă și săpun , dizolvante de oją, anemie, hipotiroidism sau terapie sistemică cu retinoizi (vezi Figura 2-17). Se observă creste longitudinale, cele mai evidente la marginea distală. Acestea sunt frecvente la femeile cu vârsta peste 40 de ani. Utilitatea suplimentării zilnice cu biotină (2,5 mg) a fost recent descrisă ca o creștere a grosimii unghiilor cu până la 25%.

Onicoschizis

Marginea distală a unghiei se desparte în straturi sau foițe. Aceasta se datorează dehiscenței straturilor de keratină și este posibil cauzată de deshidratare (Figura 3-12). Este frecventă la femei și este legată de utilizarea detergenților. Tratamentul sugerează evitarea ojei și a manichiurii, iar suplimentarea cu biotină și utilizarea emolienților s-au dovedit a fi benefice.

Hapalonichia

Unghii foarte moi care se îndoaie din cauza defectelor la nivelul matricei. Acest lucru a fost atribuit malnutriției și este asociat cu lepra, mixedemul, fenomenul Raynaud, terapia cu retinoizi sau radioterapia (Figura 3-13).

Distrofia unghială mediană

Constă în formarea unui șanț sau fisură longitudinală în porțiunea mijlocie a unghiei, în special la police (Figura 3-14). Își are originea în porțiunea proximală. Se crede că principala cauză este traumatismul, deși poate rezulta și dintr-un papilom la nivelul matricei unghiale. Este foarte asemănătoare cu distrofia unghială canaliformă medială a lui Heller, cu aspect de pin inversat. Cauza sa este necunoscută, dar există o tendință familială. De asemenea, este foarte asemănătoare cu onicodistrofia facticie sau tic, care apare de obicei la police din cauza obiceiului repetat de a freca placa unghială de un alt deget, deteriorând matricea unghială.

Figura 3-12 Onicosquisis.

Figura 3-13 Hapaloniquia.

Figura 3-14 Distrofia ungueal media.

Figura 3-15 Uñas en teja o trompeta.

Cuie tip clește, cuie tip țiglă sau cuie tip trompetă

Se găsește aproape exclusiv la nivelul unghiilor de la picioare. Se datorează unei supracurburi transversale care face ca marginile laterale ale plăcii unghiale să se apropie una de cealaltă, comprimând patul unghial și dermul subiacent (Figura 3-15). Poate fi ereditară sau legată de - încălțămintea strâmtă, psoriazis și utilizarea beta-blocantelor. În cazurile de durere cronică, se sugerează ablația chimică sau chirurgicală a unghiilor.

Onicoliză

Este separarea spontană a unghiei de patul unghial (vezi Figura 2-6). În aproape toate cazurile, începe la capătul distal și progresează proximal; una sau mai multe unghii pot fi afectate. Este mai frecventă la femeile tinere. Este adesea infectată cu bacterii, cum ar fi *Pseudomonas ,* sau drojdii, cum ar fi *Candida* (Figura 3-16).

A fost descris în:

a) Psoriazis, dermatită atopică, eczemă cronică și lichen plan.

b) Ischemie periferică.

c) Tratament cu tetracicline, benoxaprofen, indometacin, tiazide, contraceptive orale, medicamente citotoxice, retinoizi, soralene, alopurinol, fluorochinolone, cloramfenicol.

Figura 3-16 Onicólisis dermatofítica.

Fotoonicoliza apare odată cu administrarea unui medicament fototoxic, cum ar fi dimetil-cloro-tetraciclina, sau ca o complicație a PUVA (a [P]soralene + lumină ultravioletă A).

d) Tulburări tiroidiene, cum ar fi tireotoxicoza și diabetul zaharat.

e) Anemie.

f) Cancer: mielom multiplu, amiloidoză, carcinom pulmonar, histiocitoză X, reticulohistiocitoză multicentrică și sindrom carcinoid.

g) Porfirie eritropoietică, porfirie cutanată tardivă.

h) Neurită, pelagra și deficit de fier.

i) Bronșiectazie.

j) Boli ale țesutului conjunctiv: lupus sistemic, sclerodermie și boala Raynaud.

k) Sifilis.

l) Traumatisme, hiperhidroză, contact cu substanțe chimice, imersie prelungită în apă.

m) Boala grefă-contra-gazdă, sarcină.

Leuconichie

Este vorba de decolorarea albă a unghiei (Figurile 3-17 și 3-18). Poate fi congenitală sau dobândită. Leuconichia dobândită se împarte în leuconichie adevărată (când afectează placa unghială), leuconichie aparentă (secundară modificărilor patului unghial) sau pseudoleuconichie (datorată unei infecții fungice).

Leuconichia congenitală afectează de obicei întreaga unghie. Poate fi moștenită într-un model autosomal dominant. Este o afecțiune izolată sau poate coexista cu koilonichia, surditate sau ambele.

Leuconichia dobândită afectează porțiunea proximală a plăcii unghiale (subtotală) sau se prezintă sub formă punctată, transversală sau longitudinală (Figura 3-19).

În forma subtotală, leuconichia se datorează refracției luminii de către nucleii onicocitelor cele mai proximale; când acestea ajung în porțiunea distală, își pierd nucleul, iar colorația devine

normală.

Figura 3-17 Leuconiquia congénita total.

Figura 3-18 Leuconiquia dermatofítica, onicomicosis blanca superficial.

Figura 3-19 Leuconichie punctată

Forma punctată afectează în principal unghiile și este considerată a fi rezultatul unor microtraumatisme, care provoacă modificări focale ale keratinizării.

Forma longitudinală apare ca o bandă albă ce poate fi congenitală sau dobândită. Forma dobândită se poate datora unei tumori proximale care împiedică retracția normală a plăcii unghiale. Leuconichia transversă poate afecta mai multe unghii la același nivel. Poate fi legată de o boală sistemică sau de un traumatism.

Următoarele sunt câteva cauze ale leuconichiei:

a) Infarct miocardic, boli vasculare.
b) Medicamente citotoxice, pilocarpină, sulfonamide, cortizon, emetină, trazodonă.
c) Boala Addison, hipocalcemie.
d) Ciroză, colită ulcerativă.
e) Anemie.
f) Trichinoză, malarie, ricketsioze, tifos endemic, herpes zoster.
g) Boala Hodgkin, sindromul carcinoid.

h) Intoxicație cu monoxid de carbon, alcaloză, gută, hemocromatoză, șoc.

i) Neuropatie periferică.

j) Cașexie, post alimentar, malabsorbție, deficit de proteine, deficit de zinc, pelagra, hiperalbuminemie.

k) Insuficiență renală după transplantul de rinichi.

l) Pneumonie.

m) Manichiură, chirurgie, fracturi.

n) Lupus eritematos sistemic.

o) Arsenic, taliu, antimoniu, fluorură, plumb, acid azotic.

striată sau transversală a fost raportată în cazuri de insuficiență cardiacă, infarct miocardic, insuficiență renală acută și cronică, pneumonie, boala Hodgkin, intoxicație cu arsenic sau taliu, pelagra, lepră, malarie și anemie falciformă.

Leuconichia aparentă poate rezulta din insuficiență hepatică (unghiile lui Terry), hipoalbuminemie (linii Muehrcke), uremie, anemie sau lepră (Figura 3-11). De asemenea, poate fi cauzată de chimioterapie sau retinoizi sistemici.

Melanonihie

Pigmentare brună sau neagră a unghiei. Poate fi de origine rasială la persoanele cu pielea închisă la culoare (Figura 3-20), posttraumatică, legată de o boală sistemică, administrarea de medicamente (Figura 3-21) sau postinflamatorie.

Pigmentarea unghiilor poate fi observată în:

a) Acanthosis *nigricans* , boala Addison.

b) Sindromul Peutz-Jeghers, sindromul Laugier-Hunziker (figurile 3-22 și 3-23).

c) Deficit de vitamina B12 .

d) PUVA.

e) Antimalarice, minociclină, terapie cu aur, zidovudină (AZT) și radioterapie.

f) Frecare.

g) Infecții bacteriene sau fungice.

h) Nevi melanocitari.

i) Melanomul malign.

Când pigmentarea este de debut recent, se schimbă rapid, apare la pacienții albi sau nu are o cauză cunoscută, se sugerează o biopsie la originea petei pentru a exclude proliferarea melanocitară.

Figura 3-20 Melanoniquia racial.

Figura 3-21 Melanoniquia por citostáticos.

Figura 3-22 Síndrome de Peutz-Jeghers: pigmentación ungueal.

Figura 3-23 Síndrome de Peutz-Jeghers: pigmentación bucal.

Unghii verzi

Sunt cunoscute și sub denumirea *de cloronihie* . Este o decolorare verzuie, asemănătoare unei benzi sau neregulată, care poate fi însoțită de onicoliză și este de obicei rezultatul infecției cu *Pseudomonas aeruginosa* (Figura 3-24).

Hematom subunghial

De obicei, este rezultatul unui traumatism, al unei presiuni prelungite sau al încălțămintei nepotrivite. Poate fi confundat cu melanomul malign din cauza prezenței semnului tricolor (Figura 3-25). De asemenea, poate fi o manifestare a unei discrazii sanguine, cum ar fi leucemia, sau a supresiei măduvei osoase cauzate de chimioterapie.

Unghii napolitane

Acestea sunt numite și *unghii albe ale bătrâneții* . Unghiile prezintă trei benzi: o bandă proximală albicioasă , o bandă distală rozalie și o margine liberă opacă. O prevalență de 19% a fost raportată la persoanele cu vârsta peste 70 de ani. Acestea afectează bărbații și femeile în mod egal și se crede că sunt secundare modificărilor patului unghial legate de vârstă.

Figura 3-24 Cloroniquia por *Pseudomonas* sp.

Figura 3-25 Hematoma subungueal por traslapado.

pterigion (terigiu)

Edwards a descris-o în 1948. Pliul proximal fuzionează cu matricea și patul unghial, observându-se o extensie anormală a cuticulei peste placa unghială. Întreaga placă unghială poate fi pierdută. Este caracteristică lichenului plan, deși a fost descrisă și în lepră, boli vasculare periferice, sindrom Raynaud, sclerodermie, sarcoidoză, diabet zaharat și modificări după radioterapie (vezi Figurile 2-22 și 5-12).

Pterigionul ungual invers sau terygionul ventral

Capătul distal al patului unghial aderă la porțiunea ventrală a plăcii unghiale. A fost descrisă o formă congenitală, dar această afecțiune este de obicei dobândită și secundară sclerozei sistemice progresive , lupusului eritematos sistemic, bolilor vasculare periferice și traumatismelor (vezi Figura 1-7). Excizia hiponihiului este uneori necesară pentru tratament.

Lunula roșie sau eritronichie

Este un eritem limitat la lunulă. Apare aproape întotdeauna în boli sistemice sau dermatoze severe. Există un eritem bine delimitat al lunulei, cel mai evident pe police. Poate căpăta o nuanță violacee și a fost explicat prin hiperemia patului lunular. A fost descris în alopecia areata și la pacienții tratați cu prednison pentru artrită reumatoidă, lupus sistemic sau dermatomiozită (Figura 3-26). De asemenea, a fost observat în insuficiență cardiacă, ciroză, limfogranulom venerian, psoriazis, vitiligo, urticarie cronică, lichen scleros și atrofic, intoxicație cu monoxid de carbon , boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC) și reticulosarcom. Poate fi cauzat de utilizarea medicamentelor sau poate fi idiopatic.

Unghie albastră

Este decolorarea albăstruie a patului unghial. De obicei, este profundă și permanentă. Apare în cazuri de argirie, scheme de chimioterapie, antimalarice, boala Wilson, boala hemoglobinei M și telangiectazii acrolabiale ereditare (Figura 3-27).

Figura 3-26 Eritroniquia o lúnula roja.

Figura 3-27 Argiria: lúnulas azules.

Hemoragii prin așchii

Hemoragiile din patul unghial au de obicei o orientare longitudinală. Acestea rezultă din extravazarea sângelui și progresează distal (vezi Figura 1-15). Cel mai frecvent afectează bărbații, în special degetul mare și arătător al mâinii dominante. Se observă cel mai bine în treimea distală a unghiei. În aproape toate cazurile, se datorează unor traume, dar atunci când sunt observate la nivelul mai multor unghii și în apropierea lunulei, pot fi cauzate de o boală sistemică . Una dintre bolile sistemice cel mai frecvent asociate cu acestea este endocardita bacteriană (7 până la 13%).

Acest semn a fost descris în:

a) Boli cardiovasculare: endocardită bacteriană, stenoză mitrală, embolie arterială, hipertensiune arterială.
b) Tratament cu radioterapie, 8-metoxisoralenă, tetracicline.
c) Boli endocrine: tireotoxicoză, diabet zaharat, hipoparatiroidism.
d) Tulburări gastrointestinale: ciroză, ulcer peptic, hepatită cronică activă, hemocromatoză.
e) Tulburări hematologice: anemie, diateză hemoragică, purpură, trombocitopenie, crioglobulinemie.
f) Infecții: trichinoză, septicemie, sitacoză, infecție cu HIV.
g) Tulburări metabolice și nutriționale: amiloidoză, porfirie, scorbut.
h) Malignitate: leucemie, histiocitoză.
i) Afecțiuni renale: dializă, hemodializă, insuficiență renală, glomerulonefrită.
j) Fibroză chistică, sarcoidoză.
k) Boli ale țesutului conjunctiv: artrita reumatoidă, boala Behçet, boala Raynaud , lupusul eritematos sistemic, sindromul antifosfolipidic și vasculita.
l) Traumă sau tensiune scăzută de oxigen la urcarea munților înalți.
m) Sindromul Osler-Weber-Rendu, boala Buerger.
n) Afecțiuni dermatologice: eczeme ale mâinilor, psoriazis, pitiriazis *rubra pilaris* și onicomicoză.

Anonimat

Înseamnă absența unghiilor (vezi Figura 2-2). Poate rezulta din defecte ectodermale congenitale, ihtioză, infecție severă, traumatisme, fenomen Raynaud, lichen plan, boli exfoliative severe sau ca o sechelă a sindromului Stevens-Johnson.

Onicofoză

Se caracterizează prin țesut hiperkeratotic format între pliul unghial proximal sau lateral și placa unghială. Este cel mai frecventă la primul și al cincilea deget de la picior. Este frecventă la persoanele în vârstă și poate rezulta în urma traumatismelor repetitive. Se tratează cu agenți keratolitici și emolienți.

Paronichia

Este o inflamație a pliului lateral sau proximal. Este cunoscută și sub numele de paronichie (vezi Figura 2-23). Poate fi acută sau cronică.

Forma acută este de obicei rezultatul unui traumatism al cuticulei (manichiură), care

predispune la infecții bacteriene. Au fost descrise cazuri datorate metastazelor. De asemenea, a fost descrisă în:

a) Boli vasculare periferice, tromboză vasculară, tromboflebită și degerături.
b) Tratament cu retinoizi, 5-fluorouracil, contact cu produse cosmetice și rășini.
c) Diabet zaharat, hipoparatiroidism.
d) Boala celiacă, sarcoidoză.
e) Infecții.
f) Histiocitoza X, leucemie, metastaze, reticulohistiocitoză multicentrică.
g) Encefalită, neuropatie, acrodermatită enteropatică.
h) Boli ale țesutului conjunctiv: lupus eritematos sistemic, sclerodermie, vasculită , boala Raynaud și sindromul Reiter.
i) Traumatisme, radiații ionizante.

Onicocriptoza este discutată în capitolul 12.

Poikilodermie

Pielea periunghială prezintă atrofie, telangiectazii și modificări de colorare (roșu, roz, violet, hiperpigmentare). A fost raportată în dermatomiozită, limfom cutanat cu celule T și pelagră.

Onicofagie

Nu este un semn fizic; este comportamentul compulsiv de a roade unghiile. Drept urmare, patul unghial se scurtează și matricea unghiei poate fi chiar deteriorată.

Figura 3-28 Keratinofagie cu paronihie secundară.

formarea *de pterigion* . O variantă este keratinofagia, în care pacientul nu își mușcă unghia, ci cuticula; aceasta dă naștere la paronihie secundară (Figura 3-28).

Onicotilomanie

Nu este un semn fizic; este o nevroză compulsivă în care pacientul trage constant de unghie pentru a o desprinde (face același lucru și cu părul, o afecțiune numită *tricotilomanie).* Manipularea marginilor laterale sau proximale provoacă distrofie unghială, expune hiponihiul și poate duce la

inflamație. În plus, atunci când obiceiul se repetă în partea mijlocie a unghiei degetelor mari, are ca rezultat distrofie unghială mediană sau onicodistrofie factică.

Desprinderea unei mănuși sau a unui degetar (scoaterea mănușilor, *demănușirea, degantajul)*

Aceasta se referă la avulsia totală sau parțială a unghiei și a țesuturilor adiacente (perionichium). De obicei, apare ca o dezlipire circumferențială sau asemănătoare unui degetar, sau pierderea totală sau parțială a unghiei, cu sau fără țesut moale înconjurător. Rezultă din diverse leziuni ale - aparatului unghial (de exemplu, traumatisme), boli dermatologice (gangrenă și lichen plan) sau reacții la medicamente (sindromul Lyell). Dacă există leziuni la nivelul patului unghial sau al matricei, rămâne o cicatrice ca urmare.

Literatură

Baran R, Dawber RPR. *Boli ale unghiilor și gestionarea acestora ,* ediția a 2-a. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1994.

Baran R, Perrin Ch. Demănțuirea unghiilor, o afecțiune polietiologică cu 3 modele principale: Un sindrom nou. *J Am Acad Dermatol ,* 2008;58:232-237.

Cohen PR. Afecțiuni geriatrice ale unghiilor: diagnostic și tratament. *J Am Acad Dermatol ,* 1992;26:521.

Cohen PR. Lunula roșie: raport de caz și analiză a literaturii de specialitate. *J Am Acad Dermatol ,* 1992;26:292-294. **Cornelius CE.** Sindromul unghiei cochilifere. *Arch Dermatol ,* 1969;100:118.

Daniel CR. Onicoliza: o prezentare generală. *Semin Dermatol ,* 1991;10:34.

Daniel CR, Sams WM, Scher RK. Unghiile în bolile sistemice. *Clinici Dermatologice ,* 1985;3:465-484.

De Coste SD. Sindromul unghiei galbene. *J Am Acad Dermatol ,* 1990;22:608.

Griego RD, Orengo IF, Scher F. Distrofia unghială mediană și deformarea tică a obiceiului: sunt forme diferite ale aceleiași boli? *Int J Dermatol,* 1995;34:799-800.

Grossman M, Scher RK. Leuconichie, analiză și clasificare. *Int J Dermatol ,* 1990;29:535-541.

Husain S, Scher RK, Silvers DN, Ackerman B. Macula melanotică a unității unghiale și spectrul său clinicopatologic. *J Am Acad Dermatol ,* 2006;54:664-667.

Jeanmougin M. Discromia unghială. *Int J Dermatol ,* 1983;22:279.

Jemec GB. Anomalii ale unghiilor la pacienții nondermatologici: prevalență și posibil rol ca instrumente diagnostice. *J Am Acad Dermatol ,* 1995;32:977.

Kouskoukis CE. Onicogrifoză. *J Dermatol Surg Oncol ,* 1982;8:138.

Lembo G. Pterygium unguis complet. *Cutis ,* 1985;36:427.

Marino MT. Linii de Mees. *Arch Dermatol ,* 1990;126:827.

Wallis MS. Patogeneza onicoschiziei. *J Am Acad Dermatol ,* 1991;24:44.

Zaun H. Leuconychias. *Semin Dermatol ,* 1991;10:17.

4 Discromías ungueales

• Patricia Chang

Discromia unghială, sau cromonichia, înseamnă o modificare a culorii unghiei. Poate avea cauze externe sau interne, cum ar fi transparența unghiei, vascularizația, suprafața plăcii unghiale, țesuturile subunghiale, melanina sau depunerea de substanțe precum cuprul și arsenicul, printre altele.

Culoarea unghiilor poate fi modificată din cauza bolilor dermatologice sau sistemice, a medicamentelor topice și sistemice, a produselor cosmetice, a fumatului, a traumelor, a agenților fizici, a tumorilor și a infecțiilor.

Coloranția poate fi albă, neagră, maro, verde, roșie, albastră și galbenă. Aceeași schimbare de culoare poate avea cauze diferite.

Când cauza este exogenă, coloranția tinde să urmeze conturul pliului proximal; când este endogenă, urmează forma lunulei (Figurile 4-1 și 4-2).

Este foarte dificil să enumerăm toate cauzele decolorării unghiilor. Prin urmare, sunt prezentate doar cele două cele mai frecvente: schimbările în alb și negru; alte decolorări sunt menționate doar pe scurt.

Figura 4-1 Coloración endógena por citostáticos.

Figura 4-2 Coloración exógena por tabaco.

Tabelul 4-1. Leuconichie

Unghii albe	
Alterări ale matricei unghiilor	Boli dermatologice
Traumă	Boli metabolice
Stres sever	Psoriazis
Boli de inimă	Dermatită exfoliativă
Boli gastrointestinale	Vopsea și lac de unghii
Boli renale	Onicoliză
Chirurgie	Arsenicism
Infecții	Boli congenitale
Boli autoimune	Onicomicoză
Neoplasme	Medicamente
Cauze ocupaționale	Intoxicații: antimoniu, taliu, arsenic, altele

Colorație albă sau leuconichie

Este cel mai frecvent tip. Poate fi congenitală sau dobândită. Leuconichia dobândită poate fi exogenă sau endogenă. De asemenea, este clasificată în adevărată, dobândită și aparentă.

Leuconichia adevărată este legată de modificări ale matricei unghiale și se poate manifesta totală sau parțială. Leuconichia parțială se poate prezenta punctată, striată longitudinal și striată transversal (Figurile 4-3, 4-4 și 4-5). În leuconichia dobândită, sau pseudoleuconichie, defectul se află în afara matricei unghiale, ca în onicomicoza albă subunghială proximală și onicomicoza albă superficială. Leuconichia aparentă poate fi cauzată de onicoliză, hiperkeratoză subunghială sau modificări ale patului unghial, cum ar fi unghiile lui Terry sau unghiile despicate (Tabelul 4-1 și Figurile 4-6, 4-7 și 4-8; vezi și Figurile 1-11 și 3-9).

Figura 4-3 Leuconiquia punteada.

Figura 4-4 Leuconiquia estriada longitudinal.

Figura 4-5 Leuconiquia transversal.

Figura 4-6 Seudoleuconiquia en onicomicosis subungueal blanca proximal.

Decolorare neagră sau maro a unghiei (melanonichie)

Poate apărea într-un model localizat și adesea longitudinal. Ocazional, este difuză, transversală sau de tip bandă (Figurile 4-9 și 4-10). Această decolorare poate fi cauzată de depunerea de melanină în matricea unghiei sau de o acumulare de sânge sub unghie (Figura 4-11). Este asociată cu traume majore, cum ar fi cele suferite în timpul sporturilor precum schiul și alpinismul; traume minore cauzate de încălțăminte strâmtă sau cu vârf de oțel; melanom; reacții la medicamente; sau substanțe exogene, cum ar fi nitratul de argint, fungii și bacteriile (Figurile 4-12, 4-13 și 4-14). Bacteriile care cauzează cel mai frecvent decolorarea neagră sunt *Pseudomonas aeruginosa , Klebsiella și Proteus* .

Figura 4-7 Leucopatía aparente por onicólisis.

Figura 4-8 Leuconiquia aparente.

Figura 4-9 Melanoniquia difusa.

Figura 4-10 Melanoniquia en banda.

Figura 4-11 Melanoniquia por hematoma subungueal.

Figura 4-12 Pigmentación por permanganato de potasio.

Figura 4-13 Pigmentación por colorante de zapatos.

Figura 4-14 Modificări de culoare datorate *P. aeruginosa* și *Candida* sp.

Figura 4-15 Hemoragii prin aşchii.

Totuşi, cea mai frecventă cauză a pigmentării închise la culoare a unghiilor este prezenţa sângelui, inclusiv a hemoragiilor subţiri, care apar ca linii longitudinale subţiri, de culoare roşu închis. Forma lor se datorează orientării longitudinale a capilarelor din patul unghial (Figura 4-15). Acestea sunt aproape întotdeauna localizate pe unghii. Pot indica boli sistemice atunci când apar simultan pe majoritatea unghiilor şi sunt localizate în porţiunea proximală a plăcii unghiale. Melanonichia poate fi rasială, datorată lichenului plan sau cauzată de tumori benigne sau maligne sau nevi; poate fi şi idiopatică (Tabelul 4-2).

Alte culori

Modificările către alb şi negru sunt urmate ca frecvenţă de modificări către galben, care sunt legate în principal de onicomicoză; modificările către maro pot fi secundare utilizării ojei sau permanganatului de potasiu, fumatului şi utilizării vopselelor de păr (Tabelul 4-3 şi Figura 4-16). Modificările către alte culori, cum ar fi verde, albastru/gri şi roşu/violet, sunt rareori observate în practica zilnică (Tabelele 4-4 şi 4-5).

Tabelul 4-2 Melanonihie

Unghii negre sau maro închis	
Idiopatică	Nevi
Rasial	Lichen plan
Traumă	Hipoadrenalism
Infecţii: bacterii, ciuperci	Sindromul Langier-Huziker-Baran
Medicamente	Melanom şi alte neoplasme

Tabelul 4-3 Discromia unghială

Unghii galbene	Unghii maro (cafea)
Onicomicoză	Malnutriție
Cosmetice pentru unghii	Cosmetice pentru unghii
Caroteni	Boala tiroidiană
Icter	Sarcina
Sindromul unghiilor galbene	Ditranol
Candida albicans	*C. albicans*
Psoriazis	*Proteus* sp.
SIDA	Permanganat de potasiu
Alopecia areata	Tutun
	Lupus eritematos sistemic

Cuadro 4-4 Discromía ungueal

Uñas verdes	Uñas azul/gris
Pseudomonas sp	Antimaláricos
Candida sp	Argiria

Cuadro 4-5 Discromía ungueal

Uñas rojo púrpura
Tumor glómico
Angioma

Figura 4-17 Uñas azules en la argiria.

Este demnă de remarcat pigmentarea albastră a argiriei și a bolii Wilson (Figura 4-17). Inițial, hematomul subungual produce o pigmentare roșiatică, iar mai târziu una închisă, care poate fi confundată cu melanomul. În aceste cazuri, este foarte important să se ia în considerare pigmentarea albastră a argiriei și a bolii Wilson.

Figura 4-16 Unghii verzi și galbene din cauza onicomicozei mixte cauzate de *T. Rubrum* și *Candida* sp.

Figura 4-18 Hematom subunghial: gaură exploratorie în lamină.

Este important să se facă o mică gaură în suprafața plăcii unghiale pentru a verifica prezența eritrocitelor sau a hemoglobinei, pe lângă observarea periodică pentru a verifica deplasarea distală a petei până la eliminarea acesteia (Figurile 4-18, 4-19 și 4-20). O metodă ușoară, accesibilă și ieftină pentru diagnosticarea hemoragiilor subunghiale implică utilizarea benzilor de urină. Se efectuează o răzuire cu o chiuretă sau un bisturiu din zona decolorată, iar proba este apoi testată folosind o bandă de urină (sunt disponibile mai multe mărci comerciale, cum ar fi iChem®, Multistix®, Combur-test® și Haemostix®). Proba este plasată pe banda de urină, apoi se adaugă trei sau patru picături de apă folosind o seringă de insulină. Alternativ, proba poate fi plasată într-o eprubetă, se adaugă apă, iar banda de urină poate fi apoi imersată. Alternativ, proba poate fi plasată pe o lamelă cu două picături de apă, iar banda poate fi apoi plasată cu fața în jos (Figura 4-21).

Fără a utiliza anestezie, este posibilă și introducerea unui burghiu de plută de 3 mm prin placa unghială, după ce unghia a fost înmuiată în apă caldă timp de 10 minute. Partea inferioară a fragmentului de plută este răzuită, iar proba este plasată pe o lamă. Se adaugă o picătură de apă, iar banda de urină este frecată în amestec. În toate cazurile, testul este pozitiv atunci când există o schimbare de culoare, de la galben la verde, un minut mai târziu.

Figura 4-19 Hematom subungual de urină, observație timp de trei luni, stripteuze.

Figura 4-20 Hematom subungual eliminare întârziată.

Figura 4-21 Hematom, confirmare cu analiză precoce

Figura 4-22 Acromía por vitiligo acral.

Figura 4-23 Pigmentación rojiza periungueal en síndrome de Stevens-Johnson.

Pliul unghial proximal este o altă componentă a aparatului unghial și poate fi, de asemenea, afectat de modificări pigmentare. Acest pliu are o structură similară cu cea a pielii adiacente, lipsit de dermatoglife și glande sebacee, și are trei părți: pielea glabră, cuticula și porțiunea ventrală, numită *eponihiu* . Importanța acestui pliu constă în contribuția sa la formarea plăcii unghiale prin matricea dorsală, în segmentul inferior al porțiunii sale ventrale. Acesta influențează direcția de creștere oblică a plăcii unghiale peste patul unghial și microcirculația, ceea ce oferă informații utile despre unele afecțiuni patologice (Figurile 4-22 și 4-23).

Baran R, Dawber RPR, Tosti A, Haneke E. *Un atlas textual al afecțiunilor unghiilor.* Regatul Unit: Martin Dunitz Ltd, 2001:83-84.

Chang P. *Interpretarea unghiilor.* America Centrală și Caraibe: Menarini, 2000.

Chang P, Haneke E. Hematom proximal pliat. Raport a trei cazuri. *CMQ Dermatology ,* 2008;6(3):189-191.

Chang P, Rodas AC. Diagnostic rapid și eficient al hemoragiilor subunghiale . *Dermatología CMQ ,* 2009;7(1):36-39.

Dawber RPR, De Berker D, Baran R. Știința aparatului unghial. În: *Boli ale unghiilor și tratamentul lor* . Londra: Blackwell Scientific Publications, 1994:1, 15, 17, 18.

Du Vivier. Boli ale unghiilor. Atlas de dermatologie clinică. Spania: Mosby Doyma, 1998:2.1.

Elpern D. Melanomul subungueal vs Hematom. 2001. Disponibil în: www.vgrd.org/archive/cases/2001/submel/submel.html . Consultat la 20 iulie 2008.

Haneke E. Diagnosticul și tratamentul tumorilor benigne ale unghiilor. Disponibil în: www.iatrikionline.gr/ DermXeir_04_05/5.htm. Consultat la 20 iulie 2008.

Huang YH, Ohara K. Medical Pearl: Hematom subungual: o metodă simplă și rapidă de diagnosticare. *J Am Acad Dermatol ,* 2006;54:877-878.

Husain S, Scher R, Silver D, Ackerman B. Macula melanotică a unității unghiale și spectrul său

clinicopatologic. *J Am Acad Dermatol ,* 2006;54:664-667.

Roberts DT, Evans EGV, Allen BR. *Infecţii fungice ale unghiilor.* Spania: Mosby-Doyma, 1994.

Thomsen K. *Nails, Manual şi Atlas.* Copenhaga: Aio Tryk, 1992:5.

Capítulo

5 Manifestări unghiale ale bolilor dermatologice

• Elsa Vázquez del Mercado

Modificările unghiilor pot fi singura manifestare a unei boli dermatologice, ca în cazul lichenului plan sau al psoriazisului, sau pot însoți alte semne și simptome cutanate sau extracutanate, formând parte a unor sindroame, dintre care unele sunt congenitale. Uneori, manifestările unghiale sunt foarte caracteristice sau patognomonice (cum ar fi lunula triunghiulară în sindromul durerii patelofemurale) sau pot prezenta modificări nespecifice care nu duc la un diagnostic definitiv (distrofie, creste longitudinale). Este important de reținut că inspecția aparatului unghial este o parte importantă a examenului fizic complet al pacienților dermatologici.

În continuare sunt prezentate câteva afecțiuni dermatologice cu manifestări la nivelul aparatului unghial.

Acrokeratoza paraneoplazică sau sindromul Bazex

Definiţie

Este un sindrom paraneoplazic cu leziuni psoriaziforme acrale.

Tablou clinic

În esență, sunt afectate nasul, obrajii, lobii urechilor și degetele de la mâini și de la picioare. Se caracterizează prin leziuni eritematoase-scuamoase, iar unghiile prezintă modificări similare psoriazisului, cu distrofie severă și hiperkeratoză subunghială. Este asociată cu carcinomul nazofaringelui, esofagului sau plămânilor.

Diagnostic

Ar putea fi mai ușor dacă ar exista o paralelă între evoluția tumorii și leziunile dermatologice .

Diagnostic diferențial

Scabie crustoasă (Figura 5-1), psoriazis, keratodermie palmoplantară.

Figura 5-1 Scabie crustoasă.

Tratament

Când tumora dispare, dermatoza și starea unghiilor se ameliorează.

Alopecia areata

Definiţie

Tricopatie de origine autoimună, caracterizată prin căderea bruscă a părului, de obicei în pete care lasă în urmă zone alopecice și netede.

Epidemiologie

Afectarea unghiilor variază de la 7 la 66% și este mai frecventă la copii.

Tablou clinic

Cea mai frecventă constatare este coroziune superficială cauzată de afectarea matricei unghiale; atunci când evoluția este cronică, aceasta duce la trahionichie (Figurile 5-2, 5-3 și 5-4). Ocazional, se observă lunulă eritematoasă, onicomadeză sau punctiație albicioasă.

Diagnostic

Este un diagnostic clinic. Se pune în asociere cu anomalii ale scalpului, deși modificările unghiilor sunt rareori precedate de alopecie. Histologia relevă inflamație spongiotică.

Figura 5-2 Traquioniquia en niños.

Figura 5-3 Traquioniquia: observación con dermatoscopio.

Tratament

Există o rezoluție spontană și nu este necesar tratament (Figurile 5-5 și 5-6).

Anonimat

Definiţie

Absența aparatului unghial.

Etiologie

Poate fi observată ca urmare a unor defecte ectodermale congenitale, ihtiozei, infecției severe, dermatitei de contact, traumei, fenomenului Raynaud, lichenului plan sau sindromului Stevens-Johnson (vezi Figura 2-2).

Figura 5-4 Trahionichia: detaliu leziuni.

Figura 5-5 Traquioniquia.

Figura 5-6 Mejoría con esteroides sistémicos y locales.

Atrofia unghială idiopatică

Definiţie

Atrofie unghială progresivă și asimptomatică care apare în timpul copilăriei. Este considerată o variantă clinică a lichenului plan.

Tablou clinic

Zone de absență completă a plăcii unghiale, cu cicatrizarea patului unghial și formarea *unui pterigion* (terigiu). Dacă placa unghială este prezentă, aceasta este subțire, gălbuie și se desprinde de patul unghial subiacent.

Diagnostic

În esență, este clinic.

Diagnostic diferențial

Boli buloase.

Tratament

Nu există o singură soluție eficientă; schimbările sunt permanente.

Dermatită de contact

Atât în infecțiile alergice, cât și în cele iritante ale unghiilor, atunci când sunt afectate pliul unghial proximal și hiponihiul , se pot observa modificări secundare ale unghiei; acestea se prezintă de obicei sub formă de șanțuri transversale. Tratamentul este același ca în cazul oricărei afecțiuni dermatologice.

Distrofie unghială cu 20 de unghii

Definiţie

O afecțiune caracterizată prin creste longitudinale și un aspect tern al unghiei. Hazelrigg a descris-o în 1977. Se numește și *trahionichie* .

Epidemiologie

A fost documentată la copii de până la un an și la vârstnici. Este mai frecventă în copilărie.

Etiologie

Un sindrom de etiologie necunoscută. Este asociat cu alopecia areata, psoriazis, lichen plan, dermatită atopică, ihtioză vulgară sau este idiopatic. Poate fi familial sau legat de tulburări autoimune, cum ar fi deficitul de IgA, vitiligo, pemfigus sau boala grefă-contra-gazdă.

Tablou clinic

Unghiile sunt mate, subțiri, casante, cu creste longitudinale (vezi Figura 3-7). Suprafața unghiei este aspră, casantă, fragilă și acoperită cu solzi. Poate fi prezentă trahionichia. Cuticula este groasă și aspră.

Diagnostic

Biopsia poate evidenția spongioză, dar uneori se poate pune diagnosticul de lichen plan sau psoriazis.

Tratament

Uneori se vindecă spontan, mai ales la copii. Nu lasă efecte de durată și nu există un tratament specific.

Boala Darier-White

Definiţie

Genodermatoză de origine autosomal dominantă cu *locus* pe cromozomul 12q23 și q24, caracterizată prin diskeratoză foliculară (Figura 5-7).

Figura 5-7 Boala Darier: papule diskeratotice.

Epidemiologie

Nu există date concludente privind afectarea unghiilor.

Tablou clinic

Modificările sunt cele mai proeminente la nivelul unghiilor. Alterările distale în formă de pană sau în formă de V sunt caracteristice; se poate observa și eritronichie longitudinală sau leuconichie. Ocazional, se observă papule keratotice deasupra pliului unghial proximal , iar la nivelul patului unghial sunt prezente hemoragii sub formă de aşchii (Figurile 5-8 și 5-9). În al doilea rând, bacteriile sau fungii pot coloniza unghia.

Diagnostic

Se face pe baza modificărilor clinice, care sunt foarte caracteristice, precum și a histologiei .

Diagnostic diferențial

Radiodermatită, lichen plan, onicomicoză, traumatisme, psoriazis. Modificări similare au fost observate în pemfigusul familial benign Hailey-Hailey.

Tratament

În general, modificările unghiilor nu tind să se amelioreze cu tratamentul sistemic.

Figura 5-8 Enfermedad de Darier: onicorrexis.

Figura 5-9 Enfermedad de Darier: dermoscopia.

lichen striat

Este o afecțiune mai frecventă la copii. Modificările inflamatorii pot afecta matricea unghiei, cu modificări similare lichenului plan. De obicei, este limitat la porțiunea mijlocie sau laterală a unghiilor. Diagnosticul este clinic și este sugerat de prezența papulelor liniare pe membrul afectat.

Diagnostic diferențial

Nevus epidermic, lichen plan.

Tratament

Tratamentul poate să nu fie necesar deoarece are tendința de a se remite spontan; cu toate acestea, modificările unghiilor persistă mai mult decât modificările pielii.

Lichen transparent

Această dermatoză afectează de obicei placa unghială. Modificările sunt similare cu cele ale lichenului plan: se pot observa subțiere, creste longitudinale *și coroziune* . sau paronihie . Răspunsul la corticosteroizii sistemici este slab.

Lichen plan

Definiţie

Dermatoză de origine necunoscută, cu manifestări la nivelul pielii, mucoaselor, părului și unghiilor (Figura 5-10).

Epidemiologie

Poate apărea la orice vârstă, dar este cel mai frecvent în decadele a cincea și a șasea de viață. Frecvența afectării unghiilor variază de la 1 la 10%. Lichenul plan poate exista fără alte anomalii ale unghiilor, dar 25% dintre pacienți prezintă astfel de anomalii.

Tablou clinic

Manifestările depind de partea cea mai afectată a unghiei. Dacă este implicată matricea, aceasta se prezintă sub formă de creste longitudinale, subțierea plăcii unghiale și o lunulă roșie. Formarea unui *pterigion dorsal este caracteristică* (Figura 5-11). Dacă este afectat patul unghial, se observă hiperkeratoză subunghială și onicoliză. Aceasta poate evolua spre koilonichie, distrofie unghială sau chiar pierderea completă a aparatului unghial cu atrofie a patului unghial. Lichenul plan eroziv este însoțit de leziuni.

Figura 5-10 Papule lucioase, poliedrice **Figura 5-11** *Pterigion dorsal* (terigiu) și onicoatrofie a lichenului plan.

semnificativă la nivelul mucoaselor, arsuri intense, alopecie cicatricială și onicomadeză (figurile 5-12 și 5-13).

Diagnostic

Pe lângă datele clinice, examenul histologic relevă modificările caracteristice ale lichenului plan: acantoză în dinți de fierăstrău, lichefiere bazală, corpi coloizi și infiltrat limfocitar în formă de bandă (Figura 5-14).

Diagnostic diferențial

Traumatisme, radiodermatită, amiloidoză sistemică, psoriazis, onicomicoză, boala grefă-contra-gazdă, sclerodermie, lupus eritematos sistemic, atrofie unghială idiopatică și distrofie unghială a celor 20 de unghii (consultați în prealabil).

Figura 5-12 Liquen erosivo: afección de mucosas.

Figura 5-13 Liquen plano: onicomadesis.

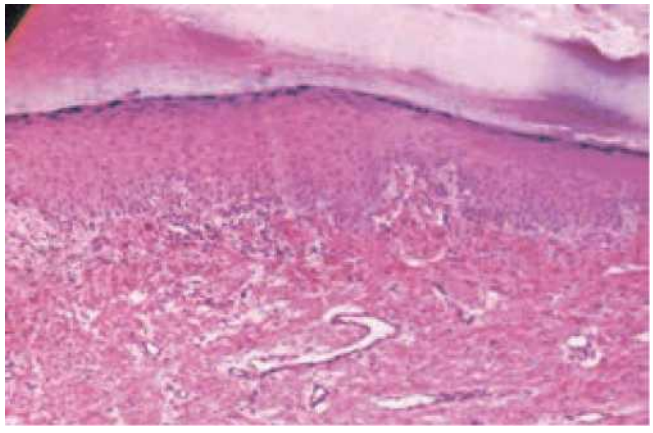


Figura 5-14 Histopatología del liquen plano (HE 40x).

Tratament

Tratamentul trebuie să înceapă devreme. Este dificil deoarece ratele de răspuns variază în funcție de corticosteroizii intralezionali, topici sau sistemici și retinoizii orali. Poate provoca leziuni permanente, inclusiv pierderea completă a aparatului unghial. Recidivele ușoare sunt frecvente și de obicei răspund la tratament.

Pahionichia congenitală

Genodermatoza autosomal dominantă este cauzată de o mutație pe cromozomul 17.

Se observă keratodermie palmoplantară, hiperhidroză, hiperkeratoză foliculară a coatelor și genunchilor, steatocistoame multiple, dinți natali, leucoplazie a mucoasei orale, distrofie corneană și cataractă (Figura 5-15). De obicei, toate cele 20 de unghii sunt afectate cu hiperkeratoză subunghială, curbură transversală crescută, decolorare gălbuie-brună și paronihie infecțioasă cauzată de *Candida* sau *Staphylococcus* . Această genodermatoză poate duce la pierderea unghiilor (Figura 5-16).

Figura 5-15 Esteatocistomas en paquioniquia congénita.

Figura 5-16 Paquioniquia congénita.

Tratament

Pe lângă tratarea oricăror infecții asociate, se poate efectua ablație chimică (uree sau acid salicilic) sau chirurgicală a unghiei.

Parakeratoza pustuloasă

Definiţie

O afecțiune cronică a copilăriei. Afectează un singur deget, de obicei degetul mare sau arătătorul.

Etiologie

S-a speculat că aceasta este o formă de psoriazis localizat sau o manifestare a dermatitei atopice sau de contact.

Tablou clinic

Există inflamație a țesutului periungual cu eritem și descuamare, și chiar leziuni veziculare sau pustulare care preced modificările unghiale. Inițial, se observă hiperkeratoză subunguală ușoară și onicoliză; pot fi prezente și coroziuni cu coroziune. În leziunile mai vechi, se observă îngroșarea și decolorarea plăcii unghiale, care devine fragilă.

Diagnostic

Trebuie luat în considerare la un copil cu modificări ale unghiilor similare psoriazisului, limitate la un singur deget.

Diagnostic diferențial

Psoriazis, dermatită de contact, dermatită atopică, onicomicoză, paronichia cronică.

Tratament

Se ameliorează spontan odată cu vârsta. Remisia parțială poate fi obținută cu corticosteroizi topici sau retinoizi.

Pemfigus

Definiţie

Un grup de boli veziculare de origine autoimună, care afectează pielea, membranele mucoase și anexele. Modificările depind de acantoliza intraepidermică; dacă aceasta are loc la nivelul matricei, se dezvoltă liniile lui Beau și onicomadeză.

Epidemiologie

Afectarea unghiilor este rară și este de obicei secundară afectării distale a degetelor.

Tablou clinic

Dacă pliul unghial proximal este afectat, acesta se prezintă ca paronichie. Pot fi prezente linii Beau și onicomadeză. Patul unghial este rareori afectat și se pot observa hemoragii subunghiale și onicoliză. De asemenea, a fost raportată trahionichia.

Diagnostic

Modificările unghiilor sunt nespecifice. Diagnosticul depinde de leziunile cutanate, leziunile mucoasei sau ambele. Biopsia cu imunofluorescență arată modificările caracteristice ale afecțiunii.

Tratament

Este afecțiunea de bază.

Pemfigoidul bulos

Definiţie

Boală autoimună veziculară cu localizare subepidermică.

Epidemiologie

Modificările unghiilor nu sunt frecvente. Datele epidemiologice nu sunt disponibile.

Tablou clinic

Paronichia poate fi prezentă în cazurile de vezicule periunghiale. Când matricea unghială este afectată, se pot observa linii Beau, onicomadeză, *pterigion* sau atrofie unghială.

Diagnostic

Din punct de vedere histologic, modificările sunt sugestive și sunt coroborate prin imunofluorescență.

Tratament

Nu este specifică unghiilor, ci mai degrabă bolii de bază.

Pityriasis *rubra pilaris*

Definiţie

Boală de cauză necunoscută, cu tendință de a fi familială, cu evoluție variabilă, în general benignă, deși cronică și recurentă (figura 5-17).

Figura 5-17 Pityriasis *rubra pilaris* .

Epidemiologie

Afectarea unghiilor este frecventă în forma clasică.

Tablou clinic

Unghiile devin gălbui, cu îngroșarea plăcii unghiale la capătul distal și prezintă hiperkeratoză subunghială și hemoragii în formă de așchii. Regiunea periunghială poate prezenta eritem și descuamare. Poate fi dificil să tăiați unghiile și să apucați obiecte mici.

Diagnostic

Datorită similarității clinice cu psoriazisul în ceea ce privește modificările unghiilor și pielii, uneori este necesar un studiu histologic pentru confirmarea diagnosticului.

Tratament

Tratamentul sistemic cu retinoizi îmbunătățește starea pielii și a unghiilor. De asemenea, au fost utilizate metotrexatul și azatioprina.

keratodermie palmoplantară

Definiţie

Hiperkeratoza palmoplantară care poate apărea în diverse afecțiuni congenitale sau dobândite.

Tablou clinic

Modificări psoriaziforme cu hiperkeratoză subunghială, onicoliză, hemoragii în formă de așchii, pitting, onicogrifoză, fisuri longitudinale și onicomadeză.

Diagnostic

Trebuie diferențiat de psoriazis, pitiriazis rubra pilaris și onicomicoză.

Tratament

Tratamentul keratodermiei cu retinoizi sistemici are un răspuns slab la nivelul pielii și unghiilor.

Sindromul renal

Definiţie

Genodermatoză de etiologie necunoscută, caracterizată prin keratită, ihtioză și surditate neurosenzorială (KID înseamnă *Keratită , Ihtioză , Surditate)* .

Tablou clinic

Unghiile au un aspect distrofic, uneori cu hiperkeratoză subunghială (Figura 5-18). Infecția fungică secundară este frecventă și poate fi însoțită de paronihie severă de origine bacteriană sau fungică.

Tratament

Se pot utiliza retinoizi, deși este posibil să nu îmbunătățească modificările unghiilor. Dacă se confirmă o infecție fungică sau bacteriană, se utilizează tratamentul corespunzător.

Figura 5-18 Sindromul KID: distrofie unghială.

Sindromul Reiter

Definiţie

O afecțiune genetică caracterizată prin manifestări articulare, cutanate, oculare și genito-urinare.

Tablou clinic

Modificările unghiilor sunt frecvente și pot semăna cu cele ale psoriazisului. Cele mai caracteristice

caracteristici sunt eritemul și descuamarea la nivelul pliului unghial proximal, gropițe adânci, pustule și hiperkeratoza subunghială. Se observă, de asemenea, onicoliză și onicomadeză.

Diagnostic

Nu există teste specifice. De obicei, este asociat cu HLA B27.

Diagnostic diferențial

Psoriazis, onicomicoză, keratodermie palmoplantară.

Tratament

Tratamentul sistemic cu retinoizi aromatici ameliorează leziunile unghiilor.

Sindromul unghie-rotulea

Absența sau hipoplazia rotulei, distrofie unghială congenitală asociată cu alte anomalii : îngroșare scapulară, articulații hiperextensibile, cataractă, heterocromie a irisului, glaucom, hiperpigmentare a marginii pupilare a irisului, glomerulonefrită, displazie renală . Este caracteristică o lunulă triunghiulară (Figurile 5-19 și 5-20); se observă, de asemenea, micronichie, anonichie și fisuri longitudinale. Modificările sunt mai frecvente la nivelul unghiilor. Moștenire autosomal

Figura 5-19 Síndrome uña-rótula: distrofia ungueal con lúnula triangular.

Figura 5-20 Síndrome uña-rótula: ausencia de rótula.

dominantă, localizată pe cromozomul 9q34.1.

Psoriazis (psoriazis)

Definiţie

Dermatoză cronică cu originea diverșilor factori: imunologici, genetici, de mediu și psihosomatici. Se caracterizează prin hiperplazie epidermică și keratopoieză accelerată care afectează pielea și unghiile (Figura 5-21).

Epidemiologie

Manifestările unghiale ale psoriazisului apar în 10 până la 50% din cazuri. Este mai puțin frecventă la copii (7 până la 13%). Dintre pacienții cu artrită psoriazică, 86,5% prezintă modificări ale unghiilor și 28,6% onicomicoză; prin urmare, este considerată un factor de risc pentru tinea unguium , pe lângă infecțiile cu candida și mucegai .

Tablou clinic

Cel mai frecvent se manifestă la nivelul unghiilor de la mâini. Nu există nicio corelație între modificările unghiei și severitatea leziunilor cutanate. Se pot observa *coroziune , onicoliză, pete uleioase, linii Beau, leuconichie sau distrofie totală. La nivelul patului unghial sunt prezente hemoragii sub formă de aşchii și eritem (Figurile 5-22 și 5-23). O decolorare gălbuie* - verzuie poate fi observată în hiponihiu și sub zonele de onicoliză. Petele uleioase sunt cauzate de o placă psoriazică la nivelul patului unghial, iar coroziune se datorează parakeratozei matricei proximale; când întreaga matrice este afectată, unghia este aspră și albicioasă (Figura 5-24). În cazurile severe, există trahionichie francă (Figura 5-25). În psoriazisul pustulos, se pot observa pustule la nivelul patului unghial sau în țesuturile periunghiale, cu onicoliză ulterioară. Este rar ca aceasta să fie prezentată ca anonimat.

Figura 5-21 Soriasis, lesiones en cuero cabelludo.

Figura 5-22 Hoyuelos y onicólisis.

Figura 5-23 Soriasis: signo del dedal.

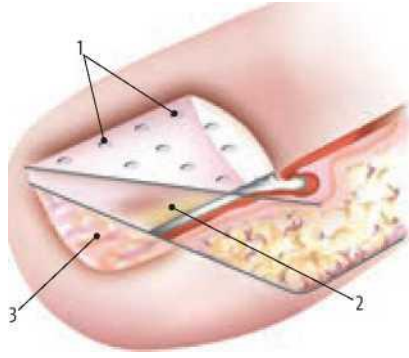


Figura 5-24 Esquema que ilustra las alteraciones en la soriasis: 1, hoyuelos; 2, manchas de aceite; 3, onicodistrofia.

Diagnostic

Diagnosticul nu este dificil deoarece, pe lângă semnele cutanate, mai multe dintre modificările caracteristice pot fi prezente la una sau mai multe unghii, pe lângă semnele cutanate. Biopsia nu se efectuează, în general. Histopatologia arată spongioză cu exocitoză de celule mononucleare, un strat granular focal rar, papilomatoză și necroză în matricea și patul unghial, precum și microabcese neutrofile intraepiteliale (de Kogoj) și microabcese între keratina plăcii unghiale (de Munro), așa cum se arată în Figura 5-26.

Diagnostic diferențial

Onicomicoză, pitiriazis rubra pilaris, dermatită psoriaziformă acrală, sindromul Reiter.

Figura 5-25 Soriasis: alteraciones de la superficie.

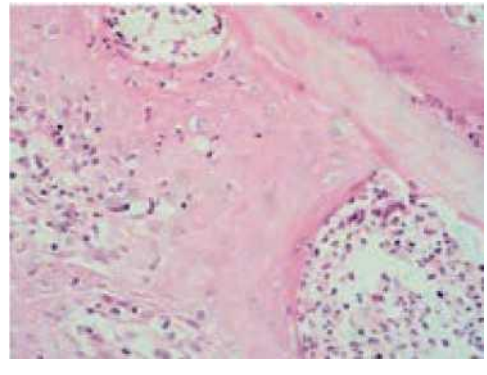


Figura 5-26 Cambios histológicos relacionados con la soriasis (HE 40x).

Tratament

Evoluția bolii este imprevizibilă. În aproape toate cazurile, evoluția este cronică, iar remisia completă este rară. Tratamentul este dificil de stabilit și este ales în funcție de starea generală a pacientului și de severitatea dermatozei. Steroizii intralezionali au fost utilizați cu rezultate bune, dar cu recidive rapide și frecvente. Cele mai bune rezultate se obțin cu terapii sistemice, cum ar fi metotrexatul, ciclosporina și PUVA. S-a raportat că retinoizii sistemici agravează modificările unghiilor, ducând la unghii fragile, paronihie cronică sau ambele.

Alte sindroame care se pot prezenta odată cu distrofia unghiilor

Aceste sindroame sunt descrise mai detaliat în alte capitole, dar iată o scurtă listă:

- *Displazie ectodermică hidrotică:* se pot observa distrofie, hiperkeratoză, micronichie, striații longitudinale, unghii fragile, modificări de culoare, paronichie (Figura 7-2).
- *Diskeratoză congenită:* distrofie, striații longitudinale, *pterigion ,* atrofie sau absența unei gingii (figura 7-7).
- *Epidermoliza buloasă dobândită:* afectarea unghiilor este rară. Se pot observa paronichia , onicomadeza și *pterigionul* (Figurile 7-11 până la 7-13).
- *Scleroză tuberoasă:* tumori vegetative periunghiale sau subunghiale care, conform histologiei, sunt angiofibroame.
- *Incontinentia pigmentari (incontinență pigmentară):* distrofie unghială în 5 până la 10% din cazuri.
- *Monilethrix:* subțierea unghiilor.
- *Progeria:* poate apărea distrofie sau subțiere a unghiilor.
- *Sindromul Rothmund-Thomson:* distrofie unghială în 25% din cazuri.
- *Sindromul Goltz-Gorlin:* distrofie sau chiar absența aparatului unghial.
- *Trichotiodistrofie:* distrofie unghială.

Literatură

Akoz T. Anonihie congenitală . *Plats Reconstr Surg,* 1998;101:551.

Baran R, Dawber RPR. *Boli ale unghiilor și tratamentul acestora ,* ediția a 2-a. Oxford: Blackwell, 1994:135-142.

Cohen PR, Scher RK. Bolile unghiilor și dermatologia. *JAm AcadDermatol ,* 1989;21(5 Pt 1):1020-1022.

Jerasutus S. Distrofia cu douăzeci de unghii: o manifestare clinică a inflamației spongiotice a matricei unghiale. *Arch Dermatol ,* 1990;126:1068.

Joshi RK. Lichen plan al unghiilor cu manifestare de trahionichie. *Int J Dermatol ,* 1993;32:54.

Kaçar N, Ergin S, Ergin C, Erdogan BS, Kaleli I. Prevalența, agenții etiologici și terapia onicomicozei la pacienții

cu psoriazis: un studiu controlat prospectiv. *Clin Exp Dermatol ,* 2007;32(1):1-5.

Larko O. Locuri cu probleme: scalp, palmă, talpă și unghie. *Dermatol Clin ,* 1995;13:771.

Marino MT. Linii de Mees. *Arch Dermatol ,* 1990;126:827.

Perez-Oliva N. Lichen plan al unghiilor. *Cutis ,* 1993;52:171.

Szepietowski JC, Salomon J. Joacă ciupercile un rol în unghiile psoriazice? *Mycoses ,* 2007;50,437-442.

Tosti A, Bardazzi F, Piraccini BM, Fanti PA. Trahionichia: studiu clinic și patologic a 23 de pacienți . *Br J Dermatol ,* 1994;131:866-872.

Tosti A, Fanti PA, Morelli R, Bardazzi F. Psoriaziform acral dermatitis: report of three cases. *Acta Derm Venereol ,* 1992;72:206-207.

Tosti A, Morelli R, Bardazzi F, Peluso AM. Prevalența anomaliilor unghiale la copiii cu alopecie areata. *Pediatric Dermatol ,* 1994;11:112-115.

Tosti A, Peluso AM, Fanti PA, Piraccini BM. Lichen plan unghial: studiu clinic și patologic a 24 de pacienți. *J Am Acad Dermatol* , 1993;28:724-730.

Tosti A, Piraccini BM, Fanti PA, Bardazzi F. Atrofia idiopatică a unghiilor: studiu clinic și patologic a 2 cazuri. *Dermatologica ,* 1995;190:116-118.

Zaias N. Psoriazisul unghial. Un studiu clinico-patologic. *Arch Derm ,* 1969;99:567-579.

Capítulo

6 Manifestaciones ungueales de enfermedades sistémicas

- Elsa Vásquez del Mercado
- Patricia Chang

Anomaliile unghiilor sunt aproape întotdeauna nespecifice; cu toate acestea, o examinare atentă poate indica o problemă de sănătate sistemică .

Este important de reținut că nu trebuie aplicată presiune la examinarea unghiei și se recomandă observarea atât a unghiilor de la mâini, cât și a celor de la picioare. Caracteristicile de evaluat includ forma, dimensiunea, culoarea, neregularitățile suprafeței și reumplerea capilară. Atunci când se constată o anomalie a unghiei, este esențial un istoric medical complet, inclusiv utilizarea medicamentelor, utilizarea cosmeticelor pentru unghii, ocupația și activitățile recreative. Proceduri precum transiluminarea sau răzuirea pot fi utile în diagnosticarea unghiei anormale.

Anomaliile unghiilor și relația lor cu bolile sistemice pot fi abordate pe baza semnelor fizice sau a organelor afectate. Numeroase semne se manifestă în diferite afecțiuni; aici le prezentăm pe cele mai frecvente întâlnite în practica zilnică.

Manifestări ale unghiilor

Koilonychia

Numită și unghie în formă de lingură, este pur și simplu o unghie concavă cu margini răsturnate, constituind „semnul picăturii de apă". Rezultă din subțierea unghiei din diverse cauze. Este adesea asociată cu anemia feriprivă sau insuficiența renală cronică (vezi Figura 3-4).

Degetele pe o tobă

Acestea sunt numite și degete hipocratice. Acest tip de supracurbură a unghiei este cel mai ușor de identificat de către un medic (vezi Figura 3-1). Rezultă dintr-o creștere a țesutului moale sub pliul unghial, provocând o pierdere a unghiului normal dintre pliul unghial proximal și unghie (Figurile 3-2 și 3-3). Poate afecta una, mai multe sau toate unghiile de la mâini sau de la picioare. Este cel mai frecvent întâlnită la mâini.

Există forme congenitale, dobândite și idiopatice . În 80% din cazuri, acestea sunt de origine pulmonară; cianoza poate fi prezentă în 60%. Cu toate acestea, acestea sunt asociate și cu boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC), boli cardiovasculare, gastrointestinale și hematologice , precum și cu malnutriție, siringomielie și tumori subunghiale. De asemenea, pot apărea din cauza expunerii la clorură de vinil și a altor cauze (Figurile 6-1 și 6-2).

Figura 6-1 Dedos en palillo de tambor en enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Figura 6-2 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Hemoragii prin așchii

Acestea sunt hemoragii liniare, cu diametrul de 2 până la 3 mm, care pot afecta una, mai multe sau toate unghiile de la mâini sau de la picioare. Există diverse cauze, iar anomaliile pot fi proximale sau distale. Hemoragiile proximale sunt asociate cu endocardita bacteriană, lupusul eritematos sistemic și alte colagenopatii; hemoragiile distale sunt asociate cu traumatisme minore (vezi Figura 1-15). Ele pot apărea la 26% până la 56% din populația sănătoasă.

Leuconichie aparentă

Următoarele sunt exemple de leuconichie aparentă :

- *Unghii jumătăți-jumătăți* . Acestea se caracterizează printr-o colorație albă la nivel proximal și maro la nivel distal; această colorație poate ocupa 20 până la 60% din placa unghială (Figurile 3-9 și 6-3). Sunt tipice insuficienței renale cronice și, ocazional, secundare chimioterapiei.
- *Unghiile lui Terry* . Acestea se observă în ciroza hepatică și se caracterizează printr-o unghie albă cu un arc rozaliu-maroniu de 1 până la 2 mm la nivel distal; cu toate acestea, nu sunt exclusive acestei afecțiuni și pot fi observate la persoane sănătoase și în alte boli (Figura 6-4).

Figura 6-3 Uñas mitad y mitad.

Figura 6-4 Leuconiquia transversal en un linfoma de Hodgkin tratado con citostáticos.

- *Linii Muehrcke* . Acestea sunt benzi transversale albe observate în hipoalbuminemie (sindrom nefrotic) și în cazurile de chimioterapie (figurile 3-11 și 6-4).
- *Unghiile lui Mees* . Acestea sunt linii albe transversale care pot fi simple sau multiple pe unghii. Afectează una sau mai multe unghii și sunt asociate cu intoxicația cu taliu, intoxicația cu arsenic și insuficiența renală cronică, printre alte cauze (Figurile 3-10, 6-5 și 6-6).

Pseudoleuconichie

onicomicozei albe subunghiale proximale și superficiale . În absența oricărui factor care afectează statutul imunitar al gazdei, este indicată testarea serologică pentru infecția cu HIV, dacă există suficiente dovezi care să o justifice (Figura 3-18).

Sindromul unghiilor galbene

Cauza sa este necunoscută. Se caracterizează prin limfedem, boli respiratorii (bronșiectazie, sinuzită, revărsat pleural, bronșită, infecții respiratorii cronice) și unghii îngălbenite. Cu toate acestea, acest sindrom poate fi acum asociat și cu diabetul, infecția cu HIV, tiroidita, artrita reumatoidă, tumori maligne și alte afecțiuni.

Diagnosticul se pune după culoarea gălbuie a unghiilor, care cresc lent. Devin groase și se curbează pe laterale. Există o absență a cuticulei și uneori este însoțită de paronichie (Figura 6-7).

Sindromul unghiei galbene a fost observat în cazuri de limfom Hodgkin, melanom malign, sarcom Kaposi, carcinom laringian și alte sarcoame.

Boli ale colagenului

Bolile de colagen pot fi însoțite de leziuni la nivelul țesutului periungual și al unghiei. La nivelul țesutului periungual se pot observa telangiectazii și eritem, iar la nivelul cuticulei, fenomen Raynaud, ulcere digitale, necroză și dizolvarea falangelor. La nivelul unghiilor, modificările sunt diverse: onicoliză, leuconichie, hemoragii, onicomadeză, hiperkeratoză a patului unghial, lunulă roșie, sindromul unghiei galbene sau vasculită (Figurile 6-8, 6-9 și 6-10).

Figura 6-5 Leuconiquia transversal en intoxicación por talio.

Figura 6-6 Alopecia en intoxicación por talio.

Figura 6-7 Sindromul unghiei galbene. dermatomiozită.

Figura 6-8 Eritem periungual în

Prezența paronihiei cronice și a onicolizei cauzate de *Candida* este adesea o manifestare a diabetului zaharat. Pot fi prezente și eritem și telangiectazii la nivelul cuticulei, modificări asemănătoare sclerodermiei pe dosul mâinilor și degetelor (20 până la 30%), precum și modificări secundare tulburărilor angiopatice și neuropatice (Figura 6-11).

Necroză acrală cauzată de calcifilaxie sistemică

Aceasta este o manifestare secundară a insuficienței renale cronice.

Reacții la medicamente la nivelul unghiilor

Aceste reacții sunt cauzate de medicamente precum tetracicline, soralene, cefalosporine, dapsonă (DDS), clofazimină, sulfonamide, emetină, agenți citostatici, zidovudină (AZT), argint, clorochină, anticoagulante și retinoizi (Figura 6-12). Cele mai frecvente reacții medicamentoase sunt discromiile secundare utilizării agenților citostatici și a zidovudinei (Figurile 4-1, 6-13 și 6-14). Acestea se pot prezenta cu o gamă largă de semne: onicoliză, discromie (melanonichie), linii Beau,

leuconichie, paronichie, onicomadeză, linii Mees și altele.

Figura 6-9 Vasculitis en lupus eritematoso sistémico (LES).

Figura 6-10 Vasculitis grave en LES.

Figura 6-11 Vasculopatia por diabetes mellitus.

Figura 6-12 Onicomadesis secundaria a eritrodermia por cloroquinas.

Onicoliză indusă de medicamente

Onicoliza unghială poate fi de două tipuri: cea cauzată de toxicitatea patului unghial sau de medicamente după expunerea la radiații ultraviolete (fotoonicoliză). Aceste medicamente includ soralene (Figura 6-15), clortetraciclină, dimetilclortetraciclină, doxiciclină, minociclină, fluorochinolone și cloramfenicol. Mai frecvent, onicoliza nefotoindusă este cauzată de agenți chimioterapeutici precum taxanii și antraciclinele. Docetaxelul este un agent antineoplazic din familia taxanilor, utilizat pe scară largă în cancerul de sân avansat (Figura 6-16).

Chimioterapie

Printre cele mai frecvente și izbitoare semne ale chimioterapiei anticancerigene se numără alopecia anagenă și decolorarea unghiilor; atunci când doza este foarte mare, pot apărea linii Beau, hematom subunghial și pierderea unghiilor. Melanonichia sau leuconichia pot fi difuze sau pot apărea ca benzi transversale corespunzătoare ciclurilor de chimioterapie (Figura 6-17). Leuconichia poate fi, de asemenea, secundară unor tulburări de keratinizare a matricei. Paronichia a fost raportată în cazul administrării de metotrexat.

Figura 6-13 Pigmentare cauzată de agenți citostatici (doxorubicină).

Figura 6-14 Pigmentare prin zidovudină (AZT).

Figura 6-15 Fotoonicólisis por PUVA.

Figura 6-16 Onicólisis por doxetaxel.

Retinoizi

Cu derivați sintetici, s-au raportat striații transversale, benzi de leuconichie, paronichie, subțierea unghiilor, striații, linii Beau și onicomadeză.

Manifestări sistemice

Următoarele sunt câteva modificări ale unghiilor care au fost legate de boli sistemice, enumerate în funcție de organ sau sistem.

Sistemul cardiovascular

- *Insuficiență cardiacă* . Au fost raportate cazuri de lunulă roșie (vezi Figura 3-26).
- *Cardiopatie congenitală cianotică* . Se poate prezenta cu hipotactică digitală (vezi Figurile 3-1 până la 3-3).
- *Endocardită bacteriană* . Hemoragiile în așchii sunt frecvent documentate (Figurile 6-18 și 6-19). De asemenea, a fost raportată o formă de iscoabă digitală.
- *Boală vasculară periferică.* Când se prezintă cu ischemie, se pot observa acrocianoză și scăderea temperaturii, pe lângă reumplerea capilară lentă.

Figura 6-17 Linii Beau și melanonichie la un pacient cu cancer de colon tratat cu doxetaxel.

Figura 6-18 Hemorragias en astilla.

Figura 6-19 Hemorragias en astilla.

- *Boala Raynaud.* Printre modificările descrise se numără koilonichia, onicoliza, hemoragiile în formă de aşchii, liniile lui Beau, *pterigionul unghial* (terigiu) şi paronichia cronică (vezi Figura 2-23).

Boli reumatologice

- *Dermatomiozită.* Afectarea unghiilor este frecventă şi caracteristică. Cuticula prezintă hiperkeratoză şi hemoragii (Figurile 6-8, 6-20 şi 6-21). Este prezent eritemul periungual, iar uneori pliul unghial proximal este inflamat şi cianotic, cu telangiectazii şi trombi mici (Figura 6-22). Capilaroscopia relevă zone avasculare intercalate cu capilare mărite şi sinuoase, care sunt în mod normal orizontale. Aceste modificări, împreună cu papulele Gottron de pe suprafaţa dorsală a falangelor distale, ajută la ghidarea diagnosticului.
- *Lupus eritematos sistemic* . Deşi anomaliile unghiilor sunt frecvente în această boală, ele nu sunt suficient de distinctive pentru a avea valoare diagnostică (Figurile 6-9 şi 6-10). Capilaroscopia arată, de asemenea, o distorsiune semnificativă a buclelor capilare, care apar tortuoase. Au fost descrise şi alte anomalii, cum ar fi îngroşarea cuticulelor, onicoliză, leuconichie, hemoragii în formă de aşchii, lunula roşie, corzi de protuberanţe, striaţii longitudinale , *pterigion invers* , onicomadeză şi paronichie cronică. În cazurile de vasculită cutanată, se pot observa ulcere sau gangrenă şi şanţuri transversale la nivelul unghiilor.

Figura 6-20 Dermatomiozită: halou

Figura 6-21 Dermatomiozită: ***A,*** eritem şi capilare tortuoase; ***B,*** examen heliotrop. dermatoscop.

Figura 6-22 Telangiectazii periunguale și îngroșare cuticulară în dermatomiozită. **Figura 6-23** Scleroză sistemică: leziuni orale.

- *Scleroză sistemică* . Modificările unghiilor se datorează în principal modificărilor microcirculatorii asociate cu fenomenul Raynaud sever (Figurile 6-23, 6-24 și 6-25). Capilaroscopia relevă o creștere a dimensiunii capilarelor din pliul unghial proximal. Placa unghială este subțiată și striată. Se pot observa leziuni periunghiale ischemice sau ulcere. De asemenea, au fost raportate hipocratism digital, koilonichie, onicoliză, onicorexie, paronichie sau unghii în gheară datorate supracurburii unghiei . Când apar ulcere cu cicatrici secundare la nivelul hiponihiului, se dezvoltă *pterigionul* invers caracteristic .
- *Artrita reumatoidă* . Deformarea articulară poate provoca modificări ale unghiilor. Au fost descrise creste longitudinale, hiperkeratoză a plăcii unghiale, onicorexie, scăderea creșterii, leuconichie, lunulă roșie, hemoragii în formă de așchii, unghii îngălbenite, atrofie și eritem periungual. Dacă este însoțită de vasculită, se poate dezvolta gangrenă (Figura 6-26).
- *Poliarterita nodoasă* . Alterările vasculare pot produce infarcte la nivelul pliului proximal; se pot observa și striații longitudinale și fisuri.
- *Granulomatoza Wegener.* În țesuturile periunghiale pot fi observate papule, pustule, ulcere sau zone de necroză.

Figura 6-24 Esclerosis sistémica: hipocratismo y lesiones vasculares bajo dermatoscopio.

Figura 6-25 Esclerosis sistémica: lesiones periungueales bajo dermatoscopio.

Figura 6-26 Liniile Mees și artrita reumatoidă.

- *Osteoartrită* . Se pot observa distrofie unghială, leuconichie, striații longitudinale sau fisuri .

Tulburări endocrine

- *Diabetul zaharat. În această boală foarte frecventă,* s-au constatat o mare varietate de anomalii ale unghiilor , cum ar fi liniile lui Beau, onichauxis, *pterigion ,* Hemoragii prin așchii, unghii îngălbenite, onicogrifoză, distrofie unghială, unghie tip țiglă, onicomadeză, leuconichie , onicoliză și susceptibilitate crescută la infecții, cum ar fi paronichia bacteriană sau fungică și onicomicoza (30%).
- *Hipotiroidism* . Unghia crește lent. Este fragilă, subțire și striată. Se poate observa onicoliză sau absența lunulei.
- *Hipertiroidism* . Unghii moi. Creșterea poate fi accelerată. Unghii îngălbenite, koilonichie, hemoragii sub formă de așchii, onicoliză și melanonichie.
- *Acromegalie* . Au fost documentate hiperkeratoza unghială, absența lunulei, unghii plate, onicoschizis, creste longitudinale și paronichia cronică (vezi Figura 2-23).
- *Insuficiență adrenală.* Se pot observa melanonichie sau leuconichie.
- *Hiperparatiroidism* . Unghiile par scurte, cresc lent și poate fi prezentă paronichia.
- *Hipoparatiroidism* . Unghia este fragilă, opacă, cu linii Beau. Sunt prezente onicomadeză, hemoragii sub formă de așchii sau paronichia (Figurile 6-18 și 6-19).
- *Hipopituitarism* . Rata de creștere este redusă, iar unghia poate părea opacă, subțire, fragilă și chiar poate prezenta melanonichie.

Boli ale sistemului gastrointestinal

- *Hepatită.* Au fost observate leuconichie, hemoragii în formă de așchii și hipocromăgie digitală.
- *Ciroză* . Se pot observa unghii Terry, unghii plate, paloare a patului unghial, curbură longitudinală crescută și chiar osteoartropatie hipertrofică. Când sunt însoțite de hipoalbuminemie, se pot observa liniile lui Muehrcke (vezi Figurile 3-10, 3-11 și 6-4).
- *Boala Crohn* . A fost raportată ipocrizie digitală (Figura 6-1).
- *Colită ulcerativă* . Hemoragii în așchii, leuconichie transversă și hipocratism digital.
- *Hemocromatoză* . Printre modificările descrise se numără koilonichia, striațiile longitudinale, leuconichia și fragilitatea unghiilor.

- *Boala Wilson* . Se poate observa lunula albastră (vezi figura 1-8).
- *Sindromul Plummer-Vinson* . Striații longitudinale, koilonichie și fragilitate a unghiilor.

Boli renale

- *Insuficiență renală* . Există o creștere scăzută, unghii de tip „jumătate-jumătate”, sindromul unghiei galbene, hemoragii în formă de așchii și leuconichie transversă (Figura 6-3).
- *Pacienți aflați în hemodializă.* Au fost documentate cazuri de fragilitate, koilonichie, unghii plate, hemoragii sub formă de așchii, vezicule periunghiale și unghii disecate (Figura 6-3).
- *Pacienți cu transplant renal.* Au fost raportate onicoschizie, leuconichie transversă și o frecvență crescută a onicomicozei.

Tulburări respiratorii

- *Sarcoidoză* . Hibridare digitală, hemoragii în formă de așchii, distrofie unghială, striații longitudinale , fragilitate, culoare galbenă sau maro a unghiilor, *pterigion* , paronihie, gropițe unghiale.
- *Astm.* Se poate manifesta prin senzație de iaurt digital (Figura 6-1).

Consultați secțiunea despre unghiile galbene.

Tulburări hematologice

- *Anemie.* Poate fi prezentă paloare a patului unghial, care poate masca lunula. Există, de asemenea, o scădere a grosimii plăcii unghiale, fragilitate, onicorexie și hemoragii sub formă de așchii.
- *Anemie pernicioasă.* Unghiile pot deveni negre sau albastre și pot dezvolta, de asemenea, creste longitudinale.
- *Anemia falciformă* . Leuconichie, linii Mees (vezi figura 3-10).
- *Methemoglobinemie.* Se prezintă cu acrocianoză.
- *Trombocitoză* . Au fost raportate eritromelalgie, gangrenă, ulcere și acrocianoză.
- *Trombocitopenie* . Microhemoragii la nivelul patului unghial sau al țesuturilor periunghiale (Figura 6-27).

Figura 6-27 Hematom subunghial.

- *Policitemie vera.* Patul unghial apare roșu închis. Pot fi prezente onicoschizis, koilonichie și necroză.
- *Crioglobulinemie* . Din cauza afecțiunii vasculare, se pot observa leuconichie, hemoragii sub formă de așchii sau zone de necroză.

Afecțiuni neurologice

- *Epilepsie.* Se pot identifica linii Beau sau onicomadeză (vezi figurile 1-5 și 2-4).
- *Scleroză multiplă* . Scăderea creșterii și grosimii unghiilor, onicodistrofie, fragilitate și creste longitudinale.
- *Neurofibromatoză* . Dacă sunt prezente neurofibroame periunghiale, apare deformarea plăcii unghiale.
- *Boala Parkinson* . Creșterea unghiilor poate fi accelerată. Se pot observa hemoragii sub formă de așchii .
- *Neuropatie periferică* . Se pot observa atrofie și fragilitate a unghiilor, onicodistrofie și onicomadeză.

Boli infecțioase

- *SIDA.* Se pot observa onicomicoză, negi comuni, panariciu herpetic, paronichie cronică, hemoragii în formă de așchii, linii Beau, modificări asemănătoare psoriazisului și unghii îngălbenite (Figura 6-28).
- *Scarlatină sau rujeolă.* Se poate manifesta prin onicomadeză sau linii Beau.
- *Malarie.* Unghiile apar gri, opace sau cu leuconichie striată.
- *Boala Kawasaki* . Riduri Beau, căderea unghiilor, leuconichie, necroză.
- *Procese infecțioase majore.* Oricare dintre acestea se poate manifesta ulterior prin linii Beau, leuconichie transversală, vasculită sau necroză (Figura 6-29).

Boli imunologice

- *Deficit de imunoglobulină A (IgA)* . Se poate manifesta ca distrofie idiopatică a 20-unghiilor, trahionichie sau coroziune a unghiilor (vezi Figurile 2-14 și 3-7).

Figura 6-28 Púrpura en sida.

Figura 6-29 Vasculitis séptica.

- *Boala grefă-contra-gazdă* . La nivelul unghiei pot fi întâlnite și manifestări de tip lichenoid, atrofie sau hiperkeratoză a plăcii unghiale, fragilitate, striații longitudinale, onicomadeză, onicoliză și onicomicoză.
- *Hipogamaglobulinemie și deficit de imunoglobuline IgM sau IgA* . A fost raportat sindromul unghiei galbene (Figura 6-7).

Cancer

- *Boala Hodgkin.* A fost asociată cu leuconichie transversă (Figura 6-4).
- *Limfoame* . Lunulă roșie și distrofie unghială.
- *Leucemii* . Se pot observa hemoragii la nivelul patului unghial.
- *Melanomul malign.* Au fost raportate onicoliză, linii Beau și lipofilie digitală (vezi Figura 2-26).
- *Carcinoame mamare și bronșice.* A fost raportată leuconichie striată.
- *Neoplasme pulmonare.* Acestea se pot prezenta cu hipotactică digitală și osteoartropatie hipertrofică (Figura 6-1).
- *Glucagonom.* A fost asociat cu unghii moi și subțiri, precum și cu eritem și edem periunghial.
- *Sindromul Bazex sau acrokeratoza paraneoplazică* . În carcinoamele tractului respirator sau gastrointestinal. Unghiile apar subțiate, moi, fragile, neregulate, albicioase sau îngroșate, cu hiperkeratoză, onicoliză și chiar anonihie. Clinic, este foarte asemănător cu hiperkeratoza acrală și distrofia unghială din scabia crustoasă (Figura 6-30).
- *Acantoza nigricans malignă.* Au fost documentate leuconichie sau unghii gri, hiperkeratoză și fragilitate a unghiilor .

Tulburări metabolice

- *Alcaptonurie.* Patul unghial poate apărea albastru, maro sau negru.
- *Amiloidoză* . Manifestările la nivelul unghiei pot imita lichen plan, striații longitudinale , - fragilitate, onicoliză, anonihie, hiatus digital, hematoame, hemoragii subunghiale și chiar ulcere.
- *Fibroză chistică* . Au fost raportate telangiectazii periunghiale și hemoragii în formă de așchii.

Figura 6-30 Sarna costrosa.

Figura 6-31 Gota y **Figura 6-32** Distrofia ungueal en alteraciones en uñas. protoporfirina eritropoyética.

Figura 6-33 Coiloniquia.

- *Gută.* Unghii fragile cu creste longitudinale, hiperkeratoză și leuconichie (Figura 6-31).
- *Ocronoză.* Unghia poate apărea gri.
- *Porfirii.* Onicoliză indusă de lumină, unghie galbenă, maro sau neagră (melanonihie striată) și onicodistrofie nespecifică (Figura 6-32).

Tulburări nutriționale

- *Anorexie.* Unghiile devin fragile și mate. În cazurile de abuz de laxative, se poate observa o senzație de clubbing digital.
- *Post prelungit și înfometare* . A fost raportată leuconichie transversă.
- *Deficiență de fier* . A fost asociată cu koilonichie, fragilitate a unghiilor și creste longitudinale (Figurile 1-13, 6-33 și 6-34).
- *Malnutriție* . Unghii subțiri, casante, koilonichie și melanonichie striată. În cazurile de kwashiorkor, s-au raportat absența creșterii unghiilor și fisuri longitudinale.
- *Pelagra.* Se pot observa koilonichie, poikilodermie, onicoliză și leuconichie transversă (Figurile 6-35 și 6-36).

Figura 6-34 Ameliorare prin administrarea de fier și îngrijire generală.

Figura 6-35 Pelagra: linii Beau și leuconichie.

Figura 6-36 Îmbunătățire cu o nutriție adecvată.

- *Deficit de zinc* . Poate provoca paronichie, linii Beau, leuconichie, linii Muehrcke, vezicule proximale și unghii maronii.

Sarcina

Unghiile cresc mai repede, devin moi și fragile. Se pot observa onicoliză și hiperpigmentare.

Literatură

Baran R. Sângerarea unghiilor asociată cu boli neurologice: atât de neobișnuită? *Dermatology,* 1993;187:197.

Baran R, Dawber RPR. *Boli ale unghiilor și tratamentul acestora* , ediția a 3-a. Londra: Oxford, Blackwell, 2001:223-329.

Chang P. *Interpretando las uñas.* Centroamérica y Caribe: Menarini, 2000: 1-32.

Cohen PR. Lunule roșii: raport de caz și analiză a literaturii de specialitate. *J Am Acad Dermatol* , 1992;26:292.

Daniel CR, III. Onicoliza: o privire de ansamblu. *Semin Dermatol* , 1991;10:34.

Daniel CR, Sams WM, Scher RK. Unghiile în bolile sistemice. *Clinici Dermatologice* , 1985;3:465-484.

De Coste SD. Sindromul unghiei galbene. *J Am Acad Dermatol* , 1990;22:608.

Du Vivier. *Enfermedades de las uñas* . En: *Atlas de Dermatología Clínica.* Madrid: Mosby Doyma, 1998;2:1.

Jemec GB. Anomalii ale unghiilor la pacienții nondermatologici: prevalență și posibil rol ca instrumente diagnostice. *J Am Acad Dermatol* , 1995;32:977.

Lembo G. Pterygium unguis complet. *Cutis* , 1985;36:427.

Lindsay PG. Unghia jumătate și jumătate. *Arch Intern Med ,* 1967;119:583.
Pastor-Tomás N, Betlloch-Mas I. Onicoliza indusă de droguri. *Piel ,* 2004;19(5):250-254.
Roberts DT, Evans EGV, Allen BR. *Infecţii fungice ale unghiilor.* Madrid: Mosby-Doyma, 1994.
Thomsen K. *Nails, Manual și Atlas.* Copenhaga: Aio Tryk, 1992.

7 Enfermedades genéticas

• Josefina Carbajosa

Modificările unghiilor pot fi, de asemenea, markeri ai sindroamelor genetice. Cunoașterea - anatomiei, embriologiei și proprietăților biochimice ale aparatului unghial este esențială pentru înțelegerea patogenezei bolilor unghiale ereditare. În ultimii ani, s-au înregistrat progrese în domeniul patologiei moleculare a bolilor umane . Un număr considerabil de gene care codifică factorii de transcripție (*genele homeobox master control)* sau întreținerea telomerilor, sau molecule structurale, cum ar fi tija alfa-elicoidală extrem de evoluată a domeniului keratină, sunt acum cunoscute ca fiind implicate în embriogeneza și funcționarea normală a unghiilor .

Pentru a înțelege efectul clinic, modificările exprimate la nivelul unghiilor duc la luarea în considerare a anumitor genodermatoze cu antecedente genetice cunoscute. Multe defecte congenitale ale unghiilor sunt însoțite de modificări ale altor organe, cum ar fi pielea, dinții, creierul și oasele. Prin urmare, unghiile pot fi markeri ai unor sindroame neidentificate, inclusiv a anumitor boli sistemice.

Numărul de sindroame asociate cu anomalii ale unghiilor este enorm; prin urmare, studiul lor poate fi confuz. Mai jos, sunt prezentate câteva informații generale despre embriogeneză și sunt grupate relațiile dintre afecțiunile unghiilor și modificările majore ale diferitelor organe, care împreună formează sindroame complexe.

Embriologia unghiei

Dezvoltarea unghiilor începe în săptămâna a noua de viață intrauterină. Până în săptămâna 14, creșterea plăcii unghiale este evidentă și își finalizează dezvoltarea până în săptămâna 20. Anomaliile unghiilor observate în această etapă a dezvoltării embrionare sunt cunoscute sub numele de *embriopatii ;* cele observate într-un stadiu fetal ulterior se numesc *fetopatii* . Importanța clarificării acestei diferențe constă în faptul că embriopatiile au, în general, o cauză ereditară, în timp ce fetopatiile sunt mai des legate de factori vasculari sau mecanici.

Distrofii

În scopuri practice, distrofiile unghiale sunt împărțite în modificări ale matricei unghiale, patului

unghial și întregului aparat unghial. Defectele matriceale sunt cele mai frecvente. Unghia poate avea dimensiuni anormale, poate fi de calitate slabă sau poate fi mal poziționată. Proliferarea în patul unghial poate provoca îngroșare, ca în pahionichia congenitală, iar modificările întregului aparat unghial pot rezulta din anomalii de dezvoltare.

Anonimat

Aceasta se referă la absența completă a unghiilor. Este prezentă de la naștere, deși este foarte rară (vezi Figura 2-2). Uneori, pe unele degete sunt prezente unghii rudimentare. Când apare ca singură patologie, este considerată autosomal dominant recesivă sau sporadică. Anonichia este adesea asociată cu alte simptome, cum ar fi mâini late și mici, diverse anomalii scheletice sau pierderea falangelor și a degetelor de la picioare (oligodactilie), hipoplazie sau aplazie a degetelor centrale cu despicătură la mână sau la picior (ectrodactilie: „gheară de homar" sau „picior de struț") sau polidactilie (Figura 7-1).

Anonichia legată de alte simptome

Se poate manifesta prin întârzierea dezvoltării dinților. Absența unghiilor sau hipoplazia unghiilor, în special la primele degete de la picior, legată de fibromatoza gingivală și deformarea în valgus a degetului mare, constituie sindromul Zimmerman-Laband, descris în 1986.

Combinația dintre anonichie, surditate și onico-osteodistrofie, împreună cu dizabilitatea intelectuală, este cunoscută sub numele de sindromul DOOR (acronim pentru surditate , *onicodistrofie ,* osteodistrofie și dizabilitate intelectuală). Este o tulburare metabolică congenitală cauzată de niveluri ridicate de 2-oxiglutarat în plasmă și urină. Asocierile mai rare includ anonichie cu anomalii orale și sindromul de anchiloză glosopalatină.

În sindromul Klein, unghiile celui de-al cincilea deget de la picior sunt absente. Pot fi prezente și *pterigion* (pterigion unghial) *, fisuri ale primului deget de la picior și sindactilie* . Onicodisplazia congenitală a celui de-al doilea deget este sindromul Iso-Kikuchi. Anonichia poate fi prezentă ca o constatare clinică izolată, deși prezența anonichiei și hiponichiei este de obicei asociată cu defecte osoase (Figura 7-2).

Displazie ectodermică hipohidrotică și anhidrotică

Una dintre formele clinice este sindromul Christ-Siemens-Touraine, legat de cromozomul X; cealaltă formă este autosomal recesivă.

Cele mai relevante caracteristici clinice sunt o punte nazală deprimată (amintiți-vă de trăsăturile faciale ale sifilisului congenital), nări largi, pomeți proeminenți și o maxilă conică.

partea inferioară a feței. Buzele sunt groase, iar comisurile labiale sunt dispuse în șanțuri radiale.

Figura 7-1 Polidactilia.

Pe obraji sunt prezente telangiectazii și există hiperplazie a glandelor sebacee. Părul este rar și subțire, ceea ce este asociat cu hipodonție și scăderea transpirației și a funcției de drenaj a canalului lacrimal. La naștere, unghiile pot fi absente, fragile sau normale . Displazia ectodermică hidrotică, sau sindromul Clouston, este o genodermatoză autosomal dominantă caracterizată prin hipotricoză, hiperkeratoză palmoplantară și distrofie unghială. Pot fi prezente paronichia, onicoliza și anonichia (Figura 7-3).

Sunt descrise și alte sindroame care afectează diverse organe, cu hipotiroidism sau diskinezie ciliară, cum ar fi sindromul Rapp-Hodgkin, care se prezintă cu palatoschizis, ectrodactilie sau - modificări genito-urinare combinate cu displazie anhidrotică.

Diskeratoza congenita sau sindromul Zinsser-Engman-Cole

Moștenirea este recesivă legată de cromozomul X, iar gena este localizată la nivelul Xq28 cu markeri ADN. În copilărie, se pot observa atrofie la nivelul vârfurilor degetelor, modificări progresive care, în multe cazuri, duc la dispariția plăcilor unghiale (Figura 7-4). Simultan, în cavitatea bucală apar leziuni veziculare, care ulcerează și lasă mucoasa atrofică. Sunt prezente hiperkeratoza palmară și hiperhidroza, împreună cu hiperpigmentarea reticulată a pielii de pe față, gât și trunchi. Sindromul nu devine pe deplin evident decât în a doua sau a treia decadă de viață. Ocular, persoanele afectate prezintă rupturi continue din cauza atreziei canalului lacrimal. Plăci îngroșate, albicioase, în cavitatea bucală (leucoplazie) pot fi observate pe alte membrane mucoase, cum ar fi esofagul, anusul, uretra și vaginul. Aceste leziuni pot deveni maligne la început. Prin urmare, este necesară monitorizarea cu biopsii periodice, folosind cartografierea radială pentru a monitoriza sistematic zonele suspecte. Utilizarea albastrului de toluidină pentru colorarea acestor plăci leucoplazice (îndepărtarea excesului de colorant cu o compresă de tifon) este utilă ca ghid pentru detectarea zonelor suspecte; modificările maligne sunt mai probabile în zonele care se colorează mai intens, deoarece celulele premaligne sau maligne au un conținut mai mare de glicogen și absorb colorantul mai ușor.

Cariile dentare duc la pierderea prematură a dinților. Manifestările oculare , pe lângă epiforă, includ modificări ale fundului de ochi, blefarită și pierderea genelor. Se observă o membrană timpanică transparentă și malformații ale urechii medii. Au fost raportate calcificări craniene și fragilitate osoasă.

Figura 7-2 Anonihie și hiponihie cu defecte osoase. onicodistrofie.

Figura 7-3 Displazie ectodermică hidrotică cu

La 50% dintre pacienți, anomaliile imunologice pot fi prezente în cazul bolilor hematopoietice cu debut tardiv (aproape întotdeauna după a doua decadă de viață). Manifestările hematologice includ anemia, hipoplazia măduvei osoase, trombocitopenia și pancitopenia.

Boli cu anomalii ale cromozomilor sau *locusului*

Hărțile privind localizarea *loci-urilor* sau a modificărilor cromozomiale au avansat semnificativ în ultimii ani. Multe gene sunt identificate individual, iar efectele clinice ale modificărilor acestora devin din ce în ce mai bine înțelese.

Sindroamele cu anomalii cromozomiale se prezintă adesea cu deficiențe mintale și dismorfisme; prin urmare, nu este neobișnuit să se găsească anomalii ale unghiilor.

Pahionichia congenitală

Aceasta este o displazie ectodermică ereditară cu îngroșarea unghiilor. Această hiperkeratoză subunghială apare de obicei în primele șase luni de viață, dar poate apărea mai târziu (Figura 7-5). Există, de asemenea, modificări în keratinizarea pielii și a membranelor mucoase.

În 1897, Colcott și Fox au descris pentru prima dată modificările unghiilor cu hiperkeratoză; Jadassohn și Lewandowski au descris sindromul complet la doi frați. În prezent, pahionichia congenitală este clasificată în patru tipuri:

- *Tipul I. Acesta* este cel mai frecvent tip, caracterizat prin unghii galbene sau maronii, hiperkeratoză subunghială care duce la îngroșare progresivă; este un exemplu clar de afecțiune congenitală a patului unghial. Persoanele afectate prezintă hiperkeratoză palmoplantară și foliculară, precum și leucokeratoză orală (Figura 7-6).
- *Tipul II.* Greutate corporală scăzută. Se asociază cu vezicule și hiperhidroză a palmelor și tălpilor . Dentiția timpurie este întârziată, iar persoanele afectate pot avea steatocistoame multiple (Figurile 7-7).
- *Tipul III.* Apare la 12% dintre pacienții cu cheiloză angulară, diskeratoză corneană și cataractă.
- *Tipul IV* . Apare la 17% dintre pacienți. Este asociat cu leziuni laringiene, care provoacă răgușeală. Persoanele afectate prezintă dizabilități intelectuale și anomalii ale părului.

Figura 7-4 ***A,*** disqueratosis congénita y ***B,*** manifestaciones bucales.

Figura 7-5 Paquioniquia congénita, en edad adulta.

Diagnosticul diferențial include epidermoliza buloasă, onicogrifoza, psoriazisul și candidoza orală , dar unghiile îngroșate, galben-brune, împreună cu alte simptome, prezintă puține probleme de diagnostic.

Nu există un tratament eficient. Utilizarea retinoizilor orali nu s-a dovedit a fi foarte utilă. Tratamentul chirurgical pentru unghiile sever îngroșate implică ablația unghiei și distrugerea nu numai a matricei unghiale, ci și a patului unghial, pentru a preveni creșterea unghiei în detrimentul matricei și pentru a evita hiperkeratoza intensă a patului unghial. Este important să se monitorizeze ulcerele, în special în zonele periunghiale, pentru a detecta prezența oricărei tumori maligne.

Sindroame cu modificări scheletice și relația lor cu modificările unghiilor

Pacienții cu brahidactilie, sindactilie, zigodactilie și polidactilie pot prezenta anomalii în zonele afectate ale unghiilor sau chiar absența unghiilor. Când falanga distală este afectată, pot fi observate unghii convexe sau foarte late (vezi Figura 2-12). Modificări scheletice sunt observate și în sindroamele cu displazie ectodermică și anomalii cromozomiale.

Figura 7-6 Paquioniquia congénita.

Figura 7-7 Paquioniquia congénita, esteatocistomas múltiples.

Sindroame cu displazie ectodermică ereditară

Cuprinde un grup eterogen de boli care prezintă cel puțin unul dintre următoarele semne: hipotricoză, hipodonție, onicodisplazie și anhidroză sau hipohidroză (Figura 7-3).

Aproape 60 de boli au fost descrise în acest grup. Unul dintre cele mai slabe puncte ale clasificării este prezența sau absența anhidrozei sau hipohidrozei; prin urmare, unii autori preferă să se ghideze după prezența modificărilor ectodermale.

Este important de reținut că sunt implicate și alte structuri de origine ectodermică: urechile, cristalinul, glanda pituitară anterioară, sistemul nervos central și medulosuprarenala.

O caracteristică ușor de recunoscut a acestor genodermatoze este prezența keratodermiei palmoplantare, care permite gruparea lor în scopuri educaționale.

Alte displazii ectodermale care sunt legate de modificări ale unghiilor, anomalii dentare și anomalii ale părului sunt grupate separat. Un al treilea grup include displaziile în care nu există anomalii dentare.

Sindromul unghie-rotulea

Chatelain l-a descris în 1820. În acest sindrom, unghiile de pe primul deget de la picior sunt absente, iar cele de pe primele degete pot fi absente sau scurte, foarte ascuțite sau în formă de lingură, fiind totodată fragile și moi (Figura 5-19). Lunula poate fi triunghiulară sau în formă de V (aceasta din urmă fiind aproape patognomonică a afecțiunii).

În 90% din cazuri, rotula este dislocată sau aplastică. De obicei, acești pacienți sunt aduși la clinică de durere intensă, adesea legată de exerciții fizice. Sunt posibile osteoartrita și un cap radial mic. Coarnele iliace posterioare sunt caracteristice acestui sindrom. Pot fi afectate și alte oase, printre alte manifestări pot fi hipoplazia scapulară, scolioza și genu valgum (genunchi în valg).

Rinichiul este afectat în 42% din cazuri și, ocazional, poate fi singurul organ afectat. La microscopul electronic, prezența fibrilelor asemănătoare colagenului în membrana bazală glomerulară este diagnostică. Simptomele renale, cum ar fi proteinuria, care poate duce la insuficiență renală totală, uneori nu sunt descoperite decât la vârsta adultă. Simptomele oculare pot include heterocromie, microcornee și glaucom. Genetic, este considerat un sindrom autosomal dominant, iar gena responsabilă este situată pe brațul lung al cromozomului 9 . Este legată de grupa sanguină ABO. Examinarea și descoperirea absenței uneia sau mai multor unghii în primul an de viață necesită studii suplimentare ale pacienților pentru a exclude sau confirma aceste relații.

Trichotiodistrofie

Aceasta este o boală foarte rară, caracterizată prin deficit de sulf și păr lânos. Pacienții prezintă frecvent distrofie unghială, stratificare a plăcii unghiale și koilonichie. Poate fi asociată cu retard intelectual și de creștere. De asemenea, a fost asociată cu keratodermia în sindromul Tay.

În unele cazuri, persoanele afectate pot prezenta, de asemenea, hiperkeratoză palmoplantară și anomalii dentare minore. Unii autori au descris asocieri cu neutropenie.

Unghii hiperplazice îngroșate, hiperonichie

Unghiile mari se observă la pacienții cu macrodactilie din cauza nevului epidermic, gigantismului și a unor sindroame care afectează țesutul conjunctiv.

Unghii hipoplazice sau atrofice cu modificări scheletice

Aceasta este o onicodisplazie congenitală a degetului arătător, cunoscută și sub numele de sindromul Iso-Kikuchi. Baran observă că este o tulburare congenitală caracterizată prin deformări

ale ambelor degete arătătoare, anomalii osoase și bifurcația falangei distale. Produce un aspect în formă de Y, care poate fi observat pe radiografiile laterale. Kikuchi atribuie aceste modificări osoase deficienței vasculare datorate scăderii calibrului arterial. Micronichia este cea mai frecventă manifestare. Pot fi prezente și mallinierea unghiilor, anonichia sau onicofroza hemionică. Se observă moștenire autosomal dominantă.

Alte genodermatoze

Boala lui Darier

Este o genodermatoză autosomal dominantă, caracterizată prin papule foliculare hiperkeratotice izolate sau grupate, cu aspect murdar, predominând în regiunile seboreice și pliurile cutanate. Evoluția este cronică, iar unghiile devin fragile, cu creste longitudinale , leziuni distale în formă de V și hiperkeratoză subunghială (Figurile 5-7, 5-8 și 5-9).

Boala Pringle

Este cunoscută și sub denumirea de complex de scleroză tuberoasă, scleroză tuberoasă Bourneville-Pringle și epiloie. Este un sindrom neurocutanat cu transmitere autosomal dominantă și penetranță variabilă, caracterizat prin angiofibroame cutanate faciale, macule hipomelanotice lanceolate, epilepsie, dizabilitate intelectuală și fibroame subunguale sau periunguale. Apare la pubertate și se observă la 88% dintre adulți. Aceste fibroame afectează marginile unghiilor mâinilor și picioarelor și sunt excrescențe alungite, rozalii, cu diametrul de 5 până la 10 mm, care deformează unghia; sunt cunoscute și sub denumirea de tumori Koenen. (Figurile 7-8 și 7-9).

Epidermoliza buloasă

Afectarea unghiilor depinde de tipul de epidermoliză. Unghiile displazice, sau absența lor, apar atunci când există o afectare repetată la nivelul matricei unghiale (Figura 7-10). Formele distrofice recesive apar la naștere (Figura 7-11); după luni sau

Figura 7-8 Fibroma periungueal en Pringle.

Figura 7-9 Fibromas periungueales en Pringle.

Figura 7-10 Epidermólisis ampollar: lesiones cuta'neas y anoniquia.

Ani de zile, acestea rămân pe piele, din cauza apariției unor vezicule, cicatrici și zone de atrofie care produc sinechii digitale și lasă picioarele și mâinile ca și cum ar fi înfășurate în mănuși epidermice și cu mutilări (figurile 7-12, 7-13 și 7-14).

Hipoplazie dermală focală sau polidisplazie cu hipoplazie dermală focală, boala Lieberman-Cole și sindromul Goltz

Aceasta este o genodermatoză dominantă legată de cromozomul X, caracterizată printr-o absență focală a dermului, rezultând contactul țesutului adipos cu epiderma. Printre cele mai importante manifestări se numără plăcile atrofice, tumorile fantomă, papiloamele și alopecia, pe lângă anomalii oculare, dentare, scheletice și mentale. Este însoțită de alopecie, keratodermie palmoplantară, tulburări de transpirație și distrofii unghiale. Papiloamele sunt prezente în regiunile periunguale și la joncțiunile dintre piele și membrana mucoasă. Pot fi prezente polidactilie, sindactilie și deformarea clasică în gheare de crab (Figura 7-15).

Figura 7-11 ***A,*** epidermólisis ampollar simple; ***B,*** lesiones ungueales.

Figura 7-12 Epidermólisis ampollar: distrófica recesiva: **Figura 7-13** Epidermólisis ampollar: sinequias en pie. anoniquia.

Ihtioză

Aceasta este o genodermatoză care prezintă o tulburare comună de keratinizare sau cornificare. Poate fi congenitală sau poate apărea în primii ani de viață; se caracterizează prin piele uscată, descuamare și hiperkeratoză extinsă și persistentă; poate fi însoțită de eritem, afectarea anexelor cutanate și modificări sistemice.

Așa-numitul *„colodion baby”* este moștenit autosomal recesiv; predomină la bărbați și este caracterizat la naștere printr-o membrană translucidă, strălucitoare, roz-galbenă sau roșiatică-brună. La uscare, această membrană devine rigidă și restricționează mișcarea. Sunt prezente ectropion și eclabium. Această afecțiune tranzitorie progresează de obicei către un tip specific de ihtioză, în 80 până la 90% din cazuri, către forma laminei (Figura 7-16). Poate fi prezentă și keratodermie palmoplantară cu distrofie unghială, îngroșare, hiperkeratoză subunghială și onicogrifoză.

Figura 7-14 Epidermolisis ampollar manos en guante, mutilaciones avanzadas.

Figura 7-15 Hipoplasia dérmica focal con distrofia ungueal.

Figura 7-16 Bebé colodión.

Figura 7-17 Pitiriasis rubra pilaris: pápulas foliculares.

Onicomadeză

Este separarea proximală a plăcii unghiale. Poate fi genetică, ca în cazul căderii periodice a unghiilor (vezi figura 2-3).

Pityriasis *rubra pilaris*

O boală ereditară sau dobândită, caracterizată prin papule foliculare hiperkeratotice și plăci eritematoso-scuamoase, predominant pe proeminențele osoase. Poate fi însoțită de keratodermie palmoplantară sandală și poate progresa spre eritrodermie (Figura 7-17). Tipul ereditar este autosomal dominant, începe în copilărie, are expresie variabilă și penetranță slabă. La nivelul unghiilor pot fi prezente creste longitudinale, hiperkeratoză subunghială sau hemoragii sub formă de așchii (Figura 7-18).

Keratodermie palmoplantară

Acesta este un grup eterogen de genodermatoze autozomal dominante, recesive sau legate de cromozomul X. Există defecte genetice care codifică componentele keratinocitelor și sunt înrudite.

Figura 7-18 Pityriasis rubra pilaris și modificări ale unghiilor.

Figura 7-19 Sindromul KID: **Figura 7-20** Sindromul KID: ***A*** **,** keratodermie și unghii distrofice; ***B*** **,** plăci hiperkeratotice și verucoase, keratodermie palmoplantară, hipohidroză, alopecie și keratită.
distrofia unghiilor.

cu afecțiuni ale părului, dinților și unghiilor. Acestea se caracterizează prin îngroșarea stratului cornos în regiunile palmoplantare. Pot fi difuze, focale sau punctate; sunt cronice și apar izolat sau ca parte a unor sindroame. Keratodermia Unna-Thost, keratodermia epidermolitică și keratodermia punctată sunt dominante; boala Meleda și keratodermia cu parodontită sunt recesive. Există, de asemenea, keratodermii asociate cu alte sindroame genetice, cum ar fi pahionichia.

Sindromul renal

Acronimul KID înseamnă keratită, ihtioză și surditate. Cazurile sporadice apar într-un model autosomal recesiv sau dominant cu mozaicism. Se caracterizează prin keratită vascularizantă, hiperkeratoză ihtioziformă, pierdere a auzului neurosenzorială și inteligență normală. Pielea se prezintă cu eritem sau eritrokeratodermie. În primul an, pielea este aspră și pieloasă, iar în 90% din cazuri sunt prezente plăci hiperkeratotice și verucoase, keratodermie palmoplantară și hipohidroză; în 80% este prezentă alopecia (25% din aceasta este congenitală) și se observă și unghii distrofice (Figurile 7-19 și 7-20).

Literatură

Cilio C, Cantile M, Faiella A, Boncinelli E. Genele Homebox în celulele normale și maligne. *J Cell Physiol* , 2001;188:161-169.

Dokal I. Diskeratoza congenitală în toate formele sale. *Br J Haematol* , 2000;110:768-779.

Fistarol SK, Itin PH. Modificări ale unghiilor în genodermatoze. *Eur J Dermatol* , 2002;12(2):119-128.

Holmstrom G, Thoren K. Manifestări oculare ale incontinentia pigmenti. *Acta Ophtalmol Scand* , 2000;78:348-353.

Iglesias A, Tamayo L, Sosa-de-Martinez C, Duran-Mckinster C, Orozco-Covarrubias L, Ruiz-Maldonado R. Prevalența și natura modificărilor unghiilor la pacienții pediatrici. *Pediatr Dermatol ,* 2001;18: 107-109.

Juhlin I, Baran R. *Afecțiuni ereditare și congenitale ale unghiilor.* En: Baran R, Dawber RPR, de Berker DAR, Haneke E, Tosti A. *Boli ale unghiilor și gestionarea acestora ,* ediția a 3-a. Oxford: Blackwell Science, 2001:370-424.

Miteva L, Nikolava A. Incontinentia pigmenti: un caz asociat cu anomalii cardiovasculare. *Pediatr Dermatol ,* 2001;18:54-56.

Moon SE, Lee YS, Youn JI. Chist eruptiv al părului vellus și steatocistom multiplex la un pacient cu pahionichie congenitală. *J Am Acad Dermatol ,* 1994;30:275-276.

Tosti A, Piraccini BM. *Biologia unghiilor.* În: Freedberg M, Eisen Z, Wolff A, Austen K, Goldsmith KF, Katz LA, Fitzpatrick TB. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine ,* ediția a 5-a. New York: McGraw-Hill, 2008:778-794.

Capítulo 8 Paroniquia

• Robert Sands

Paronichia, sau perionichia, este inflamația acută sau cronică a țesuturilor periunghiale (Figura 8-1). Cauzele sunt numeroase. În cazurile cronice, cuticula se separă de lama unghială, formând un spațiu datorită acțiunii iritanților și a apei (vezi Figura 2-23). Mai multe afecțiuni predispun la paronichia: umiditatea constantă a mâinilor, problemele circulatorii periferice, cum ar fi degerăturile, prezența telangiectaziilor, traumatismele multiple, dermatozele inflamatorii și factorii ocupaționali (Figura 8-2).

Etiologie

Cauzele sunt foarte diverse. Printre cele mai frecvente se numără infecțiile cauzate de bacterii, drojdii din genul *Candida* și de virusuri, traumatismele autoprovocate, cum ar fi onicofagia și onicotilomania (vezi figura 3-28), pe lângă onicocriptoză, care este studiată în capitolul 13.

Tabelul 8-1 prezintă o listă a cauzelor paronihiei.

Figura 8-1 Paroniquia crónica.

Figura 8-2 Paroniquia en dermatitis por contacto: surcos transversales.

Tabelul 8-1. Cauzele paronihiei.

Unghii albe	
Infecții bacteriene	* Clasic: *Pseudomonas, Staphylococcus aureus,* streptococi, erisipeloid, lepra, *infectie cu M. marinum,* neg necrogen datorat *M. tuberculosis,* tularemie si sifilis. * Rare: *Bartonella henselae, Klebsiella pneumoniae, Eikenella corrodens, Serratia marcecens, Corynebacterium* și altele
Ciuperci	*Candida* sp, *Candida glabrata (Torulopsis* sp), *Aspergillus niger, Trichosporum beigelli (T. asahii), Blastoschizomyces capitatus, Fusarium, M. gypseum, Scopulariopsis* sp , *Scytalidium* sp. , *Curvularia lunata*
Parazit	Tungioză, leishmanioză
Viral	Panadizo herpético, nodulo de los ordenadores, orf
Boli dermatologice	Unghii artificiale, dermatită atopică, dermatită de contact, onicocriptoză, degerături, psoriazis, lichen plan, parakeratoză pustuloasă, pemfigus, pemfigoid, radiodermatită , boala Reiter, sindromul Stevens-Johnson și necroliză epidermică toxică, traumatisme repetate și sugerea degetului mare
Boli sistemice	Acrodermatită enteropatică, deficit dobândit de zinc, acrokeratoză paraneoplazică de tip Bazex, candidoză mucocutanată cronică, diabet, fenomen Raynaud, neuropatii , lupus, scleroză sistemică, diabet zaharat, sindrom Job, histiocitoză cu celule Langerhans , amiloidoză primară, tromboangiită obliterantă, sindrom Wiscott-Aldrich
Droguri	Acitretină, izotretinoină, etretinat, cefalexină, zidovudină, indinavir, lamivudină, 5-fluoruracil, metotrexat, docetaxel, ciclofosfamidă, vincristină
Tumori	Boala Bowen, keratoacantom, encondrom, chist mixoid, osteom, neurofibrom și melanom
Ocupațional	Fermieri, brutari, frizeri, mecanici, zidari, tehnicieni de laborator, dentiști, pescari, grădinari, florari, manichiuriști, pictori, radioterapeuți, violoniști, pianiști, lucrători în industria lânii, bucătari și gospodine

Tablou clinic

Se manifestă ca eritem și edem al țesuturilor periunghiale, însoțite de durere. Pot fi prezente îngroșarea și hiperkeratoza cuticulelor; în cazurile cronice, degetele au formă de ceapă (Figura 8-3). Adesea, cuticula este absentă, ceea ce facilitează infecția secundară a pliului unghial proximal. Implicarea matricei are ca rezultat șanțuri transversale în placa unghială, mai pronunțate la marginile laterale. În general, paronichia bacteriană are un debut acut, cu durere care crește odată cu presiunea și adesea odată cu drenajul de puroi (Figura 8-4).

Candida paronichia este adesea asociată cu candidoza orală și poate fi cauzată de suptul degetului mare. Severitatea depinde de traumatismele repetate și de prezența salivei; poate apărea fără factori predispozanți evidenți. Se observă cel mai frecvent la femei și copii; la femei, este adesea legată de ocupație și este mai frecventă la cei care își udă constant mâinile (Figurile 8-5 și 8-6).

Paronichia rezultată dintr-o infecție herpetică (de exemplu, panaricio) este recurentă . Degetul arătător și degetul mare sunt cel mai frecvent afectate, fiind prezente vezicule.

Figura 8-3 Paroniquia, dedos en forma de cebolla.

Figura 8-4 Paroniquia por gramnegativos *(Escherichia coli)*.

Figura 8-5 Paroniquia por *Candida*sp: hábito de chuparse el dedo.

Figura 8-6 Paroniquia por *Candida* sp: daño ungueal secundario.

pe o bază eritematoasă (Figura 8-7); adesea structura plăcii unghiale este deteriorată . Pot fi prezente onicoliză, onicomadeză sau distrofie permanentă. Uneori este secundară gingivostomatitei herpetice sau herpesului labial.

Diagnostic

Un studiu micologic trebuie efectuat dacă se suspectează *prezența Candidei* sau a unei alte fungi; în cazul infecțiilor virale, este indicat citodiagnosticul, pe lângă radiografii pentru identificarea corpurilor străine sau a leziunilor osoase (Figura 8-8).

Figura 8-7 Panadizo herpético recidivante con distrofia ungueal.

Figura 8-8 Paroniquia por fractura de la falange distal.

Tratament

Depinde de cauză. Este important să se mențină degetele uscate și să se administreze medicamente antibacteriene, antifungice sau antivirale; în cazurile traumatice, partea vinovată trebuie îndepărtată (Figurile 8-9 și 8-10). Pot fi necesare corticosteroizi intralezionali sau tacrolimus topic. În cazurile recalcitrante, trebuie luată în considerare excizia chirurgicală a zonei afectate, urmând tehnica ilustrată în Figurile 8-11 până la 8-16.

Figura 8-9 ***A,*** paronichia cauzată de încălțăminte strâmtă; ***B,*** încălțămintea care provoacă paronichia.

Figura 8-10 Después del cambio de calzado.

Figura 8-11 Paronichia cronică ideală pentru tratament chirurgical.

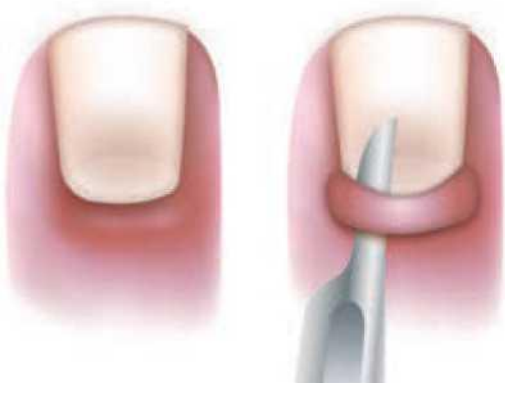


Figura 8-12 Esquema del procedimiento quirúrgico en paroniquia, y cicatrización por segunda intención.

Figura 8-13 Marcaje de la zona a remover.

Figura 8-14 Remoción quirúrgica.

Figura 8-15 Paroniquia y distrofia ungueal secundaria.

Figura 8-16 Después del tratamiento quirúrgico.

Literatură

Baran R, Bureau H. Tratamentul chirurgical al paronihiei cronice recalcitrante a degetelor. *J Dermatol Surg Oncol* , 1981;7:106-107.

Rycroft RJG, Baran R. Anomalii ocupaționale și dermatită de contact. În: Baran R, Dawber RPR, de Berker DAR, Haneke E, Tosti A. *Boli ale unghiilor și tratamentul acestora* , ediția a 3-a. Oxford: Blackwell, 2001:330-357.

9 Onicomicoză

• Roberto Arenas

Sinonimele pentru onicomicoză sunt *tinea unguium sau pecinginea unghiilor* .

Date istorice

În 1829, cel mai tânăr dintre frații Mahon a descris, la Paris, o ciupercă a unghiilor dobândită în timpul tratamentului unei zone afectate de zona scalpului. În această investigație a lui Mahon asupra naturii tineei, apare prima descriere a onicomicozei, în referința sa la metafora lui Dafne și Apollo.

În 1853, Baun și Meissner au descris prezența dermatofiților în unghii, observând hife în hidroxid de potasiu pe unghiile unui bărbat în vârstă de 80 de ani. Termenul de onicomicoză a fost inventat de Virchow în 1856. În 1896, Unna, în cartea sa despre dermatopatologie, a oferit o descriere histologică a unghiilor infectate cu *Trichophyton schoenleinii* . *În 1904, Dübendorfer a făcut referire la onicomicoza blastomicetică, cel mai probabil o* infecție a unghiilor *cu Candida* .

În primele decenii ale secolului al XIX-lea, Rayer era considerat cea mai importantă autoritate în domeniul unghiilor, iar la începutul secolului al XX-lea, la Berlin, Julius Heller era cunoscut sub numele de „Domnul Unghii (Herr Nágel)". La acea vreme, onicomicoza era aproape necunoscută în Europa. Este foarte probabil ca aceasta să fi apărut odată cu sosirea *Trichophyton rubrum* din Africa și Asia și ca războaiele mondiale să fi contribuit la răspândirea acestei ciuperci.

Date epidemiologice

Onicomicoza este întâlnită la nivel mondial și este considerată cea mai frecventă boală a unghiilor. În Statele Unite, prevalența în populația generală este de 14%; la adulții din diferite țări, aceasta variază de la 2% la 32,7%.

Acestea au crescut semnificativ în ultimele decenii și sunt frecvente în zonele urbane. Sunt cele mai răspândite în rândul persoanelor cu vârsta cuprinsă între 20 și 40 de ani și al vârstnicilor (48%). Există o creștere la copii și adolescenți; o frecvență de 0,44% a fost documentată în țările dezvoltate, iar în America Latină, acestea sunt observate în 4 până la 8% din cazuri. Un sondaj realizat în Mexic în rândul dermatologilor și medicilor generaliști a constatat o frecvență de până la 48%.

Cele mai frecvente sunt la unghiile de la picioare (70%), în special la degetele mari de la picioare (95%). În 27% din cazuri, afectează unghiile de la mâini și doar în 3% afectează atât

unghiile de la mâini, cât și cele de la picioare.

Între 18 și 40% din onicopatii sunt cauzate de ciuperci. Dintre acestea, 71 până la 80% sunt cauzate de dermatofiți, 20 până la 25% de *Candida* și 4% de mucegaiuri oportuniste. Cauza principală este **Trichophyton rubrum **, reprezentând 50 până la 75% din cazuri; în Mexic, a fost documentată în până la 87% din cazuri. Frecvența este mai mare la pacienții diabetici (>30%) și la cei cu sindrom Down (25%). *Candida* este mai răspândită în Arabia Saudită și, în general, în țările tropicale și la pacienții cu diabet.

Frecvența crescută este atribuită unor factori predispozanți, cum ar fi expunerea la ciuperci în toaletele publice sau în facilitățile sportive, utilizarea încălțămintei ocluzive, o populație geriatrică crescută și diabetul, administrarea de imunosupresoare sau medicamente citotoxice, SIDA și insuficiența vasculară periferică. Într-un studiu privind insuficiența venoasă periferică, mai mult de jumătate din cazuri (59%) au prezentat onicodistrofie, iar onicomicoza a fost cea mai frecventă cauză a modificărilor unghiilor.

Un membru al familiei a fost identificat ca principal mod de transmitere; la copii, părinții sunt frecvent afectați (46 până la 65%). S-a identificat un factor autosomal dominant ca fiind legat de un antigen de histocompatibilitate (HLA), precum și un alt factor asociat cu rezistența. Susceptibilitatea a fost constatată la evreii aşkenazi (HLA-DR4 este un factor protector la evreii brazilieni), iar rezistența a fost constatată la mestizii mexicani (HLA-DR6), în timp ce susceptibilitatea a fost constatată la cei de origine mixtă (HLA-DR8). **T. mentagrophytes* a fost izolat în instalațiile sportive, dar *T. rubrum** a fost găsit în principal pe picioarele utilizatorilor . *Fusarium* a fost izolat recent și din piscine.

Etiopatogeneză

Sunt cauzate de dermatofiți, drojdii sau mucegaiuri oportuniste. Sunt cauzate de *T. rubrum* în 71 până la 85%, *T. mentagrophytes* var. *interdigitale* în 22%, drojdii din genul *Candida* în 5 până la 25% și *C. albicans* în peste 70% (1 până la 32% la unghiile de la picioare și 51 până la 70% la unghiile de la mâini) și mucegaiuri non-dermatofite în 4% (Figurile 9-1, 9-2 și 9-3).

Frecvența mai mare a onicomicozei dermatofitice la nivelul unghiilor de la picioare se poate datora faptului că acestea cresc într-un ritm de trei ori mai lent decât unghiile de la mâini și sunt, de asemenea, expuse la mai multe traume. Dermatofitul pătrunde prin keratină.

Figura 9-1 *Candida* sp.

Figura 9-2 *Trichophyton rubrum.*

Figura 9-3 *Fusarium* sp.

Figura 9-4 Onicomicosis subungueal distal secundaria a tiña del pie, observada en dermatoscopio.

Ciuperca apare la nivelul țesutului moale al hiponihiului, de-a lungul marginii laterale a unghiei sau a lunulei și afectează eponihiul; rareori, apare pe suprafața plăcii unghiale sau direct la marginea liberă. Ulterior, afectează patul unghial și se răspândește prin unghie prin acțiune enzimatică, printr-o rețea de tuneluri excavate în keratina dură, fără a invada matricea (rețeaua transversală a lui Alkiewicz). Ciuperca pătrunde în corneocite sau pur și simplu le separă mecanic. Hifele cresc spre matrice într-un ritm mai rapid decât creșterea unghiei, dar în direcția opusă; prin urmare, filamentele fungice își mențin o poziție transversală.

În formele distale, ciuperca provine din leziunile cutanate de pe palme și tălpi (Figura 9-4). Relația dintre onicomicoză și afectarea palmoplantară este cunoscută sub numele de sindromul o mână, două picioare (Figura 9-5).

În onicomicoza albă superficială, unghia are un aspect cretos sau alb cretos, iar textura este foarte netedă. Răspândirea rapidă a leziunilor duce la afectarea întregii suprafețe a unghiei (Figura 9-6). Această formă clinică poate fi cauzată de * *T. mentagrophytes* * var. * *interdigitale* *, * *T. rubrum* * la pacienții cu SIDA, * *Candida albicans* * la copii și, de asemenea, de ciuperci oportuniste precum * *Aspergillus terreus* *, * *Fusarium oxysporum* * și * *Acremonium* * sp.

Figura 9-5 Síndrome de una mano y los dos pies.

Figura 9-6 Onicomicosis blanca superficial.

Figura 9-7 Onicomicoză subunghială **Figura 9-8** Onicomicoză de tip endonyx cauzată de *T. soudanense.* Alb proximal.

În onicomicoza subunghială albă proximală, principalul loc de afectare este aspectul ventral al pliului unghial proximal; de acolo, ciuperca invadează matricea unghiei. Se propune acum diseminarea sistemică datorată unei probabile septicemii fungice (Figura 9-7). Aceste forme sunt cauzate de **Trichophyton rubrum* * și pot fi datorate * *Candida* * și, în mod excepțional, **Trichophyton megnini* , *Trichophyton schoenleinii** sau **Epidermophyton floccosum* *. Leuconichia fungică este un marker al imunodeficienței și este observată la pacienții cu SIDA și număr de limfocite CD4 sub 450.

Forma endonică este foarte rară. Este cauzată de *T. soudanense* și *T. violaceum* . Ciuperca pătrunde prin partea distală a keratinei unghiale, fără a afecta patul unghial (Figura 9-8).

Paronichia este cel mai frecvent observată la femeile adulte și afectează unghiile. Este asociată cu munca manuală și ocupațiile care implică umezeala mâinilor, utilizarea de antibiotice, corticosteroizi sau medicamente citotoxice, diabet sau alte tulburări hormonale (Figura 9-9). Primul pas este deteriorarea cuticulei din cauza traumelor mecanice sau chimice și inflamația ulterioară. Ulterior, apar șanțuri transversale și benzi întunecate.

Figura 9-9 Paronichia cauzată de *Candida albicans,* afectarea unghiilor.

Figura 9-10 Onicomicosis distrófica total.

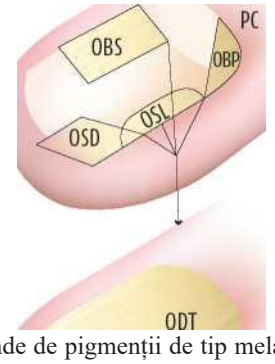
Figura 9-11 Onicomicosis: dedos en palillo de tambor en candidosis mucocuta'nea crónica.

Figura 9-12 Melanoniquia fúngica.

alb, pe lângă invazia secundară cu *Candida* și bacterii. *Fusarium* Poate produce paronichie însoțită de onicomicoză subunghială proximală; aceste modificări pot fi datorate și *Scopulariopsis brevicaulis* și *Aspergillus niger* .

Forma distrofică totală poate fi stadiul final al oricăreia dintre formele clinice descrise (Figura 9-10). A fost descrisă o formă acută secundară formei proximale, care se observă la pacienții cu SIDA. Forma distrofică totală primară se datorează invaziei rapide a *Candidei* și apare la pacienții cu candidoză mucocutanată cronică și în alte stări de imunodeficiență (Figura 9-11).

Onicomicoza fungică oportunistă (mucegaiuri non-dermatofite) apare la adulți, în special la vârstnici, și se poate manifesta în oricare dintre formele descrise. Cei mai frecvenți agenți sunt *Scopulariopsis brevicaulis , Aspergillus* sp. și, în Canada și Australia, *Onychocola canada* (Figura 9-12).



Melanonichia fungică depinde de pigmenții de tip melanină și poate fi cauzată de *T. rubrum*

Figura 9-13 Esquema de las formas de parasitación ungueal.

și *Scytalidium dimidiatum* , dar se datorează și *Candida* și unei mari varietăți de ciuperci dematiacee.

Clasificare

Depinde în primul rând de forma de invazie a plăcii unghiale, dar și de agenții cauzali și de aspectul unghiei afectate (Tabelul 9-1 și Figura 9-3).

Clasificarea clinică a onicomicozei

A. Subunghială (OS).
Disto-lateral (OSDL).*
B. Superficial †(OBS, ONS, alb sau negru).
Invazie transversală sau în formă de placă, profundă.
C. Subungual proximal** (OSP).
Plăci striate (transversale sau longitudinale), secundare paronihiei.
D. Endonix.
E. Mixte (două modele pe aceeași persoană sau unghie).
Factorul distrofic total (TDF).
G. Secundar.
Patologii asociate: psoriazis, distrofie traumatică.

* OSDL poate apărea și ca onicoliză primară cu hiperkeratoză minimă, în special la nivelul unghiilor. Crestele longitudinale pot fi o manifestare a dermatofitomului.
Studiile histopatologice au arătat că poate exista o combinație de forme superficiale și profunde; existând și striații albe orizontale intermitente.
Melanonichia se prezintă de obicei ca un singur model striat, dar poate fi multiplă sau poate însoți oricare dintre formele clinice descrise.
Paronichia este cauzată în principal de *Candida* , dar poate fi cauzată și de *Fusarium* și *Scopulariopsis ; dermatita de contact și bacteriile pot apărea* secundar . Unghiile prezintă decolorare și striații transversale în placa unghială. Când manifestarea este onicoliza, poate exista o invazie bacteriană secundară, în special de *Pseudomonas* . Se pune la îndoială dacă există o implicare reală a plăcii unghiale, deoarece uneori este considerată aderență sau doar un preludiu al invaziei.

Tabelul 9-1. Clasificarea clinică a onicomicozei.

o) Subunghial Lateral distal	*e)* Amestecat**
b) Suprafață albă*	*f)* Distrofică totală
c) Alb subunghial proximal*	*g)* Secundar unei dermatoze
d) Endonix	*h)* Paroniquiatt
	i) Melanonichia fungică

* Examenul histopatologic a demonstrat o combinație de forme superficiale și profunde. Există, de asemenea, forme de striații orizontale intermitente.
† Combină diferite forme clinice la același individ sau la aceeași unghie.
Secundar psoriazisului sau distrofiei traumatice.
Este cauzată în principal de *Candida,* dar poate fi și din cauza *Fusarium* și *Scopulariopsis.* Când unghia este afectată, aceasta se poate manifesta prin decolorare și creste transversale. În cazurile de onicoliză, *poate apărea o invazie bacteriană secundară (Pseudomonas).*
Se prezintă ca un singur model striat, dar poate fi multiplu sau poate însoți oricare dintre formele clinice descrise.

Date clinice

În onicomicoza subunghială distală și laterală, cea mai importantă manifestare este hiperkeratoza subunghială (Figurile 9-4 și 9-14). Unghiile sunt opace, gălbui, maronii sau cenușii. Sunt fragile și erodate; marginile par a fi dublate. Pot fi prezente îngroșarea (pahionichia) și separarea (onicoliza); invazia plăcii unghiale (onixis) și paronichia sunt rare. Evoluția este cronică, cu invazie lentă și progresivă.

Onicomicoza subunghială laterală distală poate apărea și ca onicoliză primară , cu hiperkeratoză minimă, în special la nivelul unghiilor.

Leuconichia micotică include onicomicoza albă superficială și onicomicoza subunghială albă proximală, care sunt prezentate în Figurile 9-6, 9-15 și 9-16.

În ultima vreme, pe lângă invazia profundă în histopatologie, s-au observat clinic combinații de forme superficiale. Diferitele forme de leuconichie sunt adesea asociate cu imunosupresia, în special cu SIDA și transplantul de organe.

Onicomicoza albă superficială, sau leuconichia tricofitică, predomină pe primul deget de la picior (Figura 9-6). Se caracterizează prin zone mici, alb-porțelan, cu o suprafață rugoasă. Provine de la * *Trichophyton mentagrophytes* * var. **interdigitale** * sau * *Trichophyton rubrum* *, dar poate fi cauzată și de * *Acremonium* * , * *Aspergillus* * și * *Fusarium* * (Figurile 9-17 și 9-18). În forma subunghială albă proximală , este afectată porțiunea subunghială a unghiei de sub cuticulă; este albă, progresează odată cu creșterea unghiei și ulterior seamănă cu o formă albă superficială (Figura 9-7). A fost identificată și leuconichia striată transversală, cu o singură bandă sau intermitentă (Figurile 9-19 și 9-20).

În varietatea endonix, sunt afectate părțile mijlocii și distale ale unghiei. Aceasta capătă un aspect laminar, fără afectarea țesutului subungual și cu formarea de plăci cu aspect lăptos. Această formă este excepțională (Figura 9-8).

Figura 9-14 Onicomicosis subungueal distal.

Figura 9-15 Onicomicosis blanca superficial incipiente.

Figura 9-16 Onicomisis subungueal blanca proximal.

Figura 9-17 Onicomicosis por *Acremonium* sp.

Figura 9-18 Onicomicosis por *Fusarium* sp.

În forma distrofică totală, există o invazie a lunulei; unghiile se rup și se sfărâmă , căpătând un aspect de lemn putred și lăsând în urmă un pat unghial îngroșat, care poate fi, de asemenea, distrus (Figurile 9-10 și 9-21). Există forme secundare la oricare dintre cele descrise. Forma primară apare în candidoza mucocutanată cronică și este însoțită de degete bulboase (ca pulpa), cu unghii îngroșate, opace și gălbui (Figura 9-11). Această formă se prezintă din copilărie, împreună cu candidoza în alte zone, în special în gură. Cu toate acestea, cele mai frecvente manifestări cauzate de *Candida* sp. sunt paronichia, oniholiza și pigmentarea verde până la neagră (Figurile 9-22 până la 9-25).

Onicomicoza cauzată de *Scytalidium (S. dimidiatum , S. hyalinum* și forma sa picnială *Natrassia mangiferae)* produce onicoliză, uneori paronichia și, în multe cazuri, pigmentare (Figurile 9-12 și 9-26). Formele pigmentate (melanonichia) devin din ce în ce mai frecvente în diferitele varietăți clinice. Acestea sunt cauzate de *T. rubrum* și de mai multe ciuperci oportuniste (Figura 9-27). Onicomicoza cauzată de mucegaiuri oportuniste apare la adulți, în special la vârstnici, și se poate manifesta sub oricare dintre formele descrise (Figurile 9-17, 9-18, 9-26 și 9-28).

Figura 9-19 Leuconichie transversă fungică.

Figura 9-20 Leuconichie fungică multibandă.

Figura 9-21 Onicomicoză distrofică totală.

Figura 9-22 Perionixis cauzat de *Candida* sp.

Figura 9-23 Leuconichie cu distrofie și onicoliză cu melanonichie cauzată de *Candida* sp.

Figura 9-24 Leuconiquia y banda transversal por *Candida*sp.

Figura 9-26 Onicomicosis por *Scytalidium* sp.

Figura 9-25 Melanonihie și onicoliză cauzate de *Candida*

albicans.

Figura 9-27 Melanonihie fungică.

Figura 9-28 Onicomicoză cauzată de *Scopulariopsis brevicaulis.*

Diagnostic de laborator

Examenul micologic este esențial pentru confirmarea diagnosticului și inițierea tratamentului . Acesta constă în examinare directă și cultură (Figurile 9-1, 9-2 și 9-3).

Pentru a obține raclarea unghiei se folosește o lamă de bisturiu sau o chiuretă, iar cel mai convenabil loc pentru a obține proba în onicomicoza subunghială distală este patul unghial sau partea ventrală a unghiei, pe lângă partea mai proximală a unghiei afectate (Figura 9-29); în formele superficiale se raclează zonele friabile ale dosului unghiei; în formele proximale trebuie făcută o gaură în partea proximală a unghiei pentru a expune zona afectată și a efectua raclarea; în paronihie se pot preleva mici fragmente din cuticulă.

Figura 9-29 Toma de muestra directa con cureta.

Figura 9-30 Esporas de *Candida* sp (KOH + DMSO, 40x).

Figura 9-31 Filamentos dermatofíticos (negro de clorazol, 40x).

Examinarea directă a răzuiturilor unghiilor este studiul de rutină de primă linie în diagnosticul onicomicozei. Se efectuează cu hidroxid de sodiu sau potasiu (KOH) 20 până la 40%, încălzind ușor proba peste un bec Bunsen. Încălzirea poate fi evitată prin amestecarea soluției de KOH cu dimetilsulfoxid (DMSO) în aceeași proporție. Se utilizează , de asemenea, hidroxid de tetraetilamoniu sau negru de clorazol . Negrul de clorazol facilitează observarea prin colorarea elementelor fungice la culoare, fără a colora artefacte, deoarece acest colorant are afinitate pentru chitina fungică. Albul de calcofluor este un fluorocrom și necesită un microscop cu fluorescență pentru utilizarea sa, dar permite vizualizarea chiar și a unui număr minim de elemente (Figurile 9-30 și 9-31).

Se observă filamente artrosporoase lungi sau septate (Figura 9-32). Se pot găsi și cantități mari de filamente și spori , o afecțiune cunoscută sub numele de dermatofitom, care explică lipsa de răspuns la tratament la unii pacienți (Figura 9-33). La *Candida se pot găsi hife ,* pseudohife și blastospori; alte mucegaiuri produc imagini asemănătoare dermatofitelor, dar la ciupercile dematiacee se pot găsi hife întunecate; la *Aspergillus ,* capete aspergilare; la *Scopulariopsis ,* spori mari, în formă de lămâie (Figura 9-34); iar la *Scytalidium ,* hife înguste, sinuoase (Figura 9-35). Rezultatele fals negative sunt frecvente, în special în formele distale sau din cauza lipsei de experiență în colectarea probelor (20%). Examinarea microscopică nu distinge formele viabile de cele neviabile, deși există hife care sugerează cadavre fungice.

Cultura se efectuează pe agar Sabouraud cu antibiotice precum cloramfenicol și cicloheximidă (Actidione®) dacă se suspectează un agent patogen fungic primar. Cu toate acestea, mediile fără antibiotice sunt preferabile atunci când se suspectează prezența mucegaiurilor sau drojdiilor non-dermatofite, deoarece acestea sunt inhibate de cicloheximidă (Figurile 9-1, 9-2, 9-3, 9-36, 9-37 și 9-38). În general, este dificil să se identifice agentul cauzal (30 până la 60%) din cauza numărului mic și a viabilității scăzute a organismelor; acest procent de rezultate negative crește după tratament. Este recomandabil să se plaseze doar fragmente mici ale unghiei sau să se pulverizeze proba în tubul sau vasul de cultură. Incubarea se efectuează la temperatura camerei (24 până la 28°C), iar coloniile sunt observate în mai puțin de un incubator.

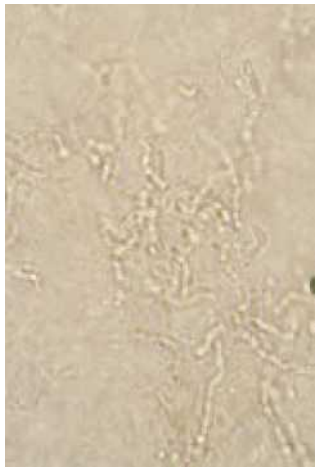


Figura 9-32 Filamentos artrospora- dos (KOH 40x).

Figura 9-33 Dermatofitoma (KOH 40x).

Cultura este considerată negativă după două săptămâni; este considerată negativă după trei până la șase săptămâni. În acest caz, este recomandabil să se repete studiul micologic complet. Dacă nu este disponibil personal specializat , se recomandă DTM (Dermatophyte Test Medium). Acest mediu conține agenți antibacterieni și roșu de fenol ca indicator; inhibă bacteriile, iar dacă un dermatofit crește, culoarea se schimbă din galben în roșu. Cu toate acestea, falsurile pozitive sunt frecvente.

Este necesară o interpretare corectă a ciupercilor izolate din probele micologice. Nu toate drojdiile sau mucegaiurile sunt patogene. Prin urmare, atunci când se izolează ciuperci oportuniste, cultura trebuie repetată și o probă pozitivă cu același agent trebuie obținută de mai mult de două ori (Figurile 9-3 și 9-34 până la 9-38).

Dacă pacientul prezintă afectarea tălpilor sau a palmelor, este recomandabil să se recolteze probe din aceste locuri.

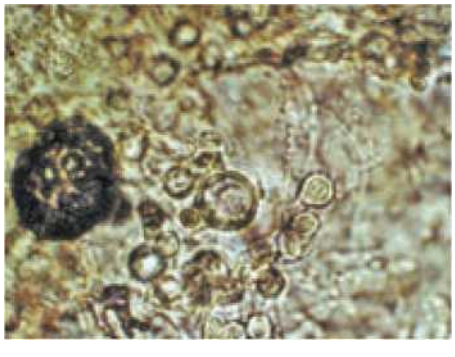


Figura 9-34 Grandes esporas por *Scopulariopsis brevicaulis* (KOH 40x).

Figura 9-35 Filamentos pigmentados y artrosporados por *Scytalidium* sp (KOH 40x).

Figura 9-36 *Scopulariopsis brevicaulis,* cultivo en Sabouraud.

Cele mai frecvent izolate ciuperci printre dermatofiți sunt *Trichophyton rubrum și T. mentagrophytes* var . *interdigitale* . Altele, foarte rare, sunt (Figura 9-2) *Epidermophyton floccosum , T. mentagrophytes* var. *mentagrophytes , T. tonsurans , M. canis , M. gypseum , T. soudanense , T. violaceum , T. erinacei și T. equinum* . *Printre drojdii* se găsesc *C. albicans* și *C. parapsilosis* (Figura 9-1), iar printre mucegaiurile non-dermatofite, *Scopulariopsis brevicaulis , Fusarium* sp. și *Aspergillus* sp.; mai rare sunt *Acremonium* sp ., *Scytalidium* sp., *Paecilomyces și Chaetomium globosum* . *În insuficiența vasculară periferică,* se pot găsi *Onychocola canadensis* și *Candida ciferri* . La pacienții imunocompromiși, *Candida glabrata (Torulopsis glabrata). Diseminarea fatală a* infecției *cu Fusarium* din onicomicoză a fost raportată la un pacient neutropenic și la unul cu SIDA (Figura 9-3).

Figura 9-37 Macrocondios y microconidios típicos de *Fusarium* sp.

Figura 9-38 *Scytalidium dimidiatum* y *Scytalidium hyalinum.*

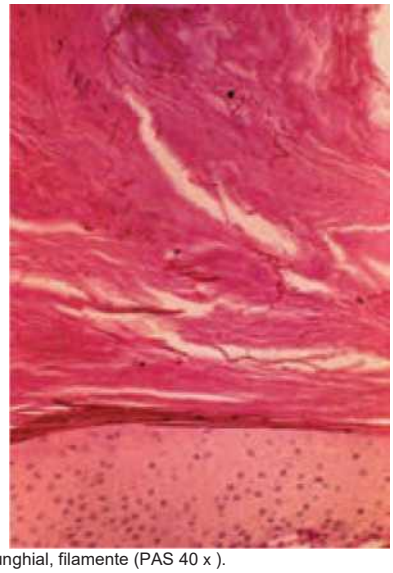


Figura 9-39 Biopsie a plăcii și patului unghial, filamente (PAS 40 x).

O biopsie poate fi efectuată chiar și cu un studiu micologic negativ, dar cu o suspiciune puternică de onicomicoză. De asemenea, este o metodă mai rapidă decât cultura și este foarte utilă în formele profunde (Figura 9-39). A ajuns să fie considerată standardul de aur în diagnostic. Această metodă permite, de asemenea, diferențierea între onicomicoză, afecțiuni inflamatorii și boli dermatologice precum psoriazisul, lichenul plan, alopecia areata și eczema. O variantă este studiul histopatologic al unui fragment de hiperkeratoză subunghială colorat cu PAS. Acest fragment poate fi fixat în formalină și încorporat în parafină, fixat cu un material plastic sau montat direct pe o lamă cu un adeziv. Poate fi utilizată ca metodă de confirmare în onicomicoza dermatofitică sau în cazul unei mucegaiuri oportuniste.

În psoriazis, diagnosticul diferențial este adesea dificil. Se găsesc parakeratoze mai pronunțate, abcese intracorneene subunghiale, pustule spongiforme și gropițe cu celule parakeratotice; cu toate acestea, se pot observa ciuperci saprofite sau colonizare secundară și poate exista, de asemenea, o relație cu onicomicoza adevărată.

Se poate efectua o biopsie cu punch de unică folosință de 4 mm sau, de preferință, *o biopsie longitudinală și laterală de* 2 mm lățime care să cuprindă întreaga lungime a unghiei, inclusiv matricea, pliul unghial proximal, patul unghial *și* hiponihiul. În onicomicoză, se pot constata microabcese intracorneene de leucocite, spongioză, exocitoză de leucocite și limfocite, uneori pustule spongiforme și prezența elementelor fungice în cantități variabile.

În onicomicoza subunghială distală și laterală, filamentele sunt observate în hiponihiu sau patul unghial și prezintă o distribuție longitudinală. Pot fi prezenți spori rotunjiți corespunzătoare artrosporilor dermatofitici, alături de papilomatoză în patul unghial, microabcese neutrofile intracorneene, spongioză și exocitoză. Reacția inflamatorie este minimă (Figurile 9-40 până la 9-43). În leuconichie (onicomicoză albă)

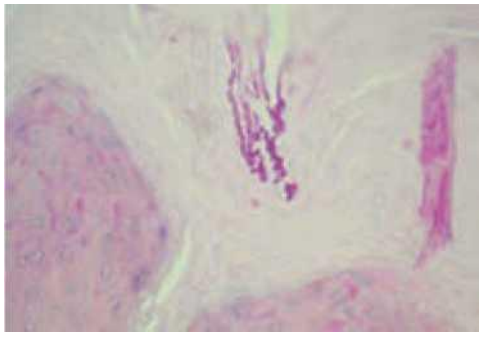


Figura 9-40 Presencia de hifas en lámina ungueal (PAS 40x).

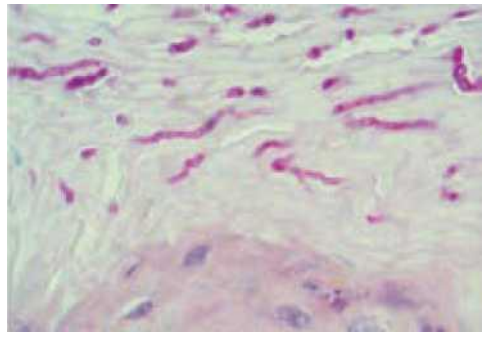


Figura 9-41 Hifas dermatofíticas en sentido horizontal (PAS 40x).

În onicomicoza superficială, fungii se comportă ca saprofite cu hife distorsionate, artrospori, lanțuri de spori, hife scurte și chiar organe perforante; nu există nicio reacție inflamatorie în patul unghial. În onicomicoza albă subunghială proximală , se observă o placă unghială îngroșată, cu elemente fungice abundente și puțină reacție inflamatorie . Recent, s-a observat că formele superficiale pot provoca invazie profundă. În formele distrofice totale, placa unghială este neregulată sau își pierde complet structura; când este din cauza *Candidei ,* se pot observa spori și tuburi germinative, împreună cu exocitoză care conține limfocite cu nuclei cerebriformi.

Procedurile chirurgicale, cum ar fi biopsia, pot fi un instrument important de diagnostic , -detectând ciuperca folosind hematoxilină și eozină, Gomori-Grocott sau colorare cu acid periodic Schiff (PAS) · Structurile fungice se vizualizează cel mai bine cu PAS (90%), Gomori-Grocott sau colorare Gridley (Figurile 9-39, 9-40 și 9-41). Se recomandă, de asemenea, tehnica KONCPA (fragmente de unghii tratate cu KOH colorate cu PAS) sau tehnicile de fluorescență.

Examinarea histologică cu colorare PAS este rapidă, simplă și fiabilă pentru evaluarea onicodistrofiilor. Într-un studiu privind insuficiența venoasă periferică, examinarea histologică a plăcii unghiale a demonstrat o sensibilitate scăzută (62%), dar o specificitate ridicată (100%) în detectarea paraziților.

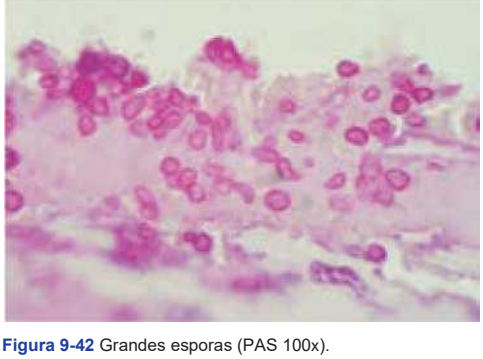


Figura 9-42 Grandes esporas (PAS 100x).

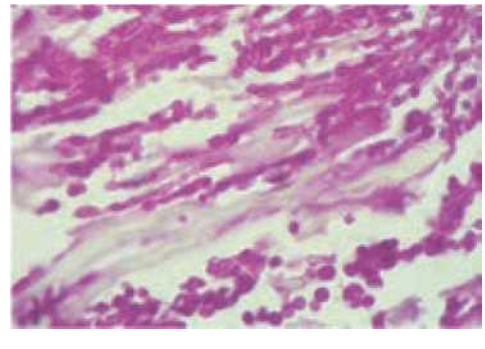


Figura 9-43 Hifas en onicomicosis blanca superficial (PAS 100x).

Pentru a identifica ciupercile patogene din unghie, anticorpii au fost utilizați și în imunohistochimie și citometrie în flux. Pentru a crește sensibilitatea și specificitatea metodelor de diagnostic, s-a utilizat PCR și s-a constatat că fragmentele genetice care codifică ARNr 18S sunt

amplificate în unghiile bolnave, dar nu și în cele sănătoase. Pentru a distinge între specii, modelele RFLP (polimorfismul lungimii fragmentului de restricție) utilizând endonucleaze HaeIII au fost suficient de distincte pentru a diferenția între specii.

Diagnostic diferențial

În cazul onicomicozei subunghiale laterale distale, diagnosticul diferențial se pune cu onicoliza traumatică datorată obiceiurilor excesive de curățare a unghiilor sau traumatismelor repetate ale picioarelor (atleți, dansatori), psoriazis (vezi figurile 5-22 până la 5-25), lichen plan (figurile 5-11 până la 5-13), eczema cronică (figura 8-2), eritrodermie (figura 7-16), sindromul Reiter, pitiriazis *rubra pilaris* (figura 7-18), scabie crustoasă (figura 5-1), boala Darier (figurile 5-8 și 5-9), pahionichia congenitală (figura 7-6), acrokeratoza paraneoplastică de Bazex și epidermoliza buloasă (figurile 7-10 până la 7-14).

Diagnosticul diferențial al onicolizei fungice se face cu psoriazisul (Figurile 5-21 până la 5-26), lichenul plan (Figurile 5-10 până la 5-14), bolile tiroidiene, sindromul unghiei galbene (Figura 3-5), reacțiile adverse la medicamente și tumorile subunguale (Figura 11-35); în acestea din urmă, onicoliza secundară este frecvent colonizată de *Candida* .

Diagnosticul diferențial al onicomicozei albe superficiale include psoriazisul sau decolorarea cauzată de oja. Onicomicoza albă subunghială proximală poate fi confundată cu leuconichia transversală cauzată de manichiură, psoriazis sau intoxicație cu metale grele, cum ar fi taliu și arsenic (benzi Mees); leuconichia longitudinală cu boala Darier (Figurile 3-10, 3-11, 3-19 și 5-8); paronichia cu dermatită de contact și leucemie, printre altele; și melanonichia fungică cu hematoame (Figura 4-11), corpi străini, melanonichie fricțională sau rasială (Figurile 4-9 și 4-10), nevi (Figurile 11-1, 11-4 și 11-5), acromelanom, boala Bowen, carcinom cu celule scuamoase și alte tumori subunghiale (Figurile 11-31 și 11-37).

Din punct de vedere micologic, la examinarea directă poate fi confundată cu *Malassezia* sp. și *Exophiala werneckii* .

Tratament

Cu ani în urmă, onicomicoza era considerată incurabilă. Unele cazuri erau tratate prin îndepărtarea chirurgicală a unghiei afectate și aplicarea topică de antifungice.

În prezent, obiectivele tratamentului sunt restaurarea unei unghii clinic sănătoase sau reducerea distrofiei unghiale la mai puțin de 10% și vindecarea micologică. Aceasta din urmă este confirmată de absența completă a elementelor fungice la examenul micologic direct. Reapariția unei infecții fungice a unghiei poate fi cauzată de recidivă sau reinfectare.

Evaluarea eficacității terapeutice

Pentru a măsura eficacitatea tratamentelor antifungice, a fost utilizată o metodă concepută de Zaias și Drachman (Figura 9-44). Aceasta constă în realizarea unui marcaj la joncțiunea dintre unghia bolnavă și cea sănătoasă și măsurarea periodică a deplasării distale a marcajului, care

Figura 9-44 Urme ale unghiilor pentru măsurarea eficacității tratamentului.

Aceasta ar indica creșterea unghiei sănătoase și reducerea dimensiunii porțiunii infectate (Figurile 9-45 și 9-46). Hay, Clayton și Moore au calculat mai precis procentul de restaurare a unghiei sănătoase. Shuster a elaborat o formulă care împarte mișcarea unghiei afectate la gradul de creștere a unghiei, rezultând un raport în mm/mm pentru lungime și mm^2 / mm^2 pentru suprafață. Vindecarea clinică este definită ca dispariția simptomelor sau reducerea leziunilor reziduale la mai puțin de 10%, iar vindecarea micologică ca absența elementelor fungice la examinarea directă și cultură.

Tratament topic

În general, unghiile sunt rezistente la tratamentul topic. Penetrarea medicamentelor este crescută prin ocluzie, pe lângă utilizarea adjuvanților care ajută la transportul antifungicelor. În același timp, este recomandabil să se îndepărteze keratina infectată prin excizie chirurgicală parțială sau îndepărtarea resturilor keratinizate; se pot utiliza și substanțe chimice care dizolvă keratina, cum ar fi ureea 40%. Avulsia unghiilor crește rata de...

Figura 9-45 Onicomicoză înainte de tratament, observare cu un dermatoscop.

Figura 9-46 Onicomicoză după tratament.

Rată de vindecare de 47 până la 82%. Această modalitate de tratament este recomandată ca adjuvant în prezența dermatofitomului și atunci când sunt afectate doar o unghie sau foarte puține unghii.

Terapia topică este o opțiune terapeutică foarte atractivă, având în vedere lipsa efectelor secundare sistemice și a interacțiunilor medicamentoase, însă penetrarea completă nu a fost atinsă

din cauza lipsei unei concentrații sau a unui vehicul adecvat.

Medicamentele antifungice topice pentru alte indicații nu penetrează unghia și nu sunt concepute pentru utilizare prelungită. Cu toate acestea, au fost dezvoltate formulări cu ingrediente active într-un solvent, un polimer și o peliculă plastifiată . După evaporarea solventului, aceste formulări rămân în concentrații mari și penetrează unghia afectată. Printre cele mai recomandate medicamente topice se numără lac de tioconazol 28%, amorolfină 5%, ciclopirox 8% sau bifonazol 1%, combinate cu uree 40%. Studiile sunt în curs de desfășurare cu uree 40% combinată cu terbinafină și butenafină 2%, precum și alte antifungice. Tratamentele topice sunt recomandate în special pentru onicomicoza albă superficială și onicomicoza subunghială distală.

- *Tioconazol* . Un derivat de imidazol cu spectru larg, cu activitate antibacteriană. Acționează prin demetilarea sterolului C-14 și scăderea ATP-ului intracelular. Formula soluției pentru unghii conține 28% tioconazol combinat cu 22% acid undecilenic. Eficacitatea sa este mai mică de 40% și crește atunci când este combinată cu un antifungic oral.
- *Ciclopirox olamină* . Un derivat al hidroxipiridonei, formula sa este 6-ciclohexil-1-hidroxi-4-metil-2(IH)piridonă (C(12)H(17)NO(2)), cu o greutate moleculară de 268. Are un spectru antifungic larg și capacitatea de a penetra keratina dură; spectrul său include *Scytalidium și Fusarium ;* este, de asemenea, antibacterian și fungicid și își exercită efectul prin modificarea transportului ionilor și aminoacizilor prin membrană. Afectează enzimele mitocondriale dependente de fier și nu interferează cu biosinteza sterolilor. Un lac de unghii 8% este disponibil pentru aplicare de trei ori pe săptămână în prima lună, de două ori pe săptămână în a doua lună și o dată pe săptămână începând cu a treia lună; lacul se îndepărtează cu dizolvant de ojă, iar unghiile se pilesc. Nu este recomandat ca monoterapie. Roșeața periunghială a fost raportată la 2%.
- *Amorolfină.* Un derivat demetilat al morfolinelor; un compus care substituie inelul fenil al radicalului para. Utilizat inițial ca fungicid în agricultură, este activ împotriva multor ciuperci și are acțiune fungicidă și fungistatică, cu excepția zigomicetelor, *Aspergillus și Fusarium* . Inhibă sinteza ergosterolului acționând asupra delta-14-reductazei și A-7,8-izomerazei. Se utilizează în concentrații de 0,25 până la 0,5%. Spectrul său include dermatofiți, *Candida, Aspergillus, Fusarium* și *Mucor* . Este disponibil sub formă de soluție 5% pentru unghii, pentru aplicare de două ori pe săptămână. Iritația periunghială apare la concentrații sub 1%.
- *Bifonazol.* Un derivat halogenat de imidazol (4-difenil)fenilmetil-1H-imidazol, cu formula C(22)H(18)N(2) și o greutate moleculară de 310,4. Este o pulbere cristalină albă, lipofilă, care se dizolvă ușor în solvenți lipidici și alcool; este aproape insolubilă în apă. Acționează asupra sistemului citocrom P-450 și interferează cu sinteza terpenoidelor. Bifonazol-uree se aplică sub ocluzie, permițând avulsia chimică a unghiilor în două până la patru săptămâni, scurtând astfel timpul de tratament. Din cauza disconfortului relativ, se recomandă atunci când sunt afectate puține unghii, la copii sau vârstnici, în infecții mixte sau când antifungicele sistemice sunt contraindicate.

Avulsia chimică oferă mai multe avantaje: este o procedură nechirurgicală, toate unghiile anormale pot fi tratate într-o singură ședință, este nedureroasă, nu prezintă risc de sângerare sau infecție și este ideală pentru pacienții cu diabet zaharat, insuficiență vasculară, neuropatie digitală sau imunosupresie, precum și pentru cei care primesc anticoagulante. Dezavantajele includ timpul de tratament mai lung, necesitatea de a menține pansamentul uscat timp de șapte zile de ocluzie și posibilitatea eșecului terapeutic în cazul unghiilor distrofice foarte îngroșate, ocluzie inadecvată a pansamentului sau imersia pansamentului în apă.

Rezultatele chimioterapiei pot fi îmbunătățite prin mai multe proceduri: îndepărtarea

mecanică (tăiere, pilire sau abraziune), îndepărtarea chimică (keratinoliză) și îndepărtarea chirurgicală (ablație totală sau parțială). Aceasta din urmă este recomandată pentru porțiunea distală sau laterală afectată a unghiei sau prin utilizarea unei freze dentare. Medicația orală se administrează pentru o perioadă mai scurtă. În prezent, onicoliza fungică poate fi vindecată doar prin îndepărtarea porțiunii afectate și corectarea factorilor asociați, în special dacă ciuperca este o levură sau un mucegai non-dermatofitic. Ocazional, dezlipirea unghiei conține keratină necrotică și cantități mari, compactate, de ciupercă (dermatofitom), iar acest lucru este adesea responsabil pentru eșecul antifungicelor sistemice (Figura 9-33).

În urma tratamentului local sau sistemic, poate apărea onicocriptoză, împreună cu paronichia severă cu eritem, edem și durere. Îndepărtarea parțială a matricei unghiale este indicată în onicocriptoza recurentă. Înainte de a efectua o matricectomie, medicul trebuie să ia în considerare utilizarea metodelor nechirurgicale și posibilele contraindicații pentru intervenția chirurgicală. Atunci când sunt efectuate corespunzător, toate metodele de matricectomie au rate de vindecare similare de mari (vezi Capitolul 13). Această procedură este practicată de chirurgii podologi și podiatri timp de 20 de ani; fenolul este utilizat în mod obișnuit în Anglia, iar hidroxidul de sodiu în Statele Unite.

Sertaconazolul nu este disponibil sub formă de plasturi autoadezivi transparenți, așa că sunt testate alfa-tocoferolul și hidroxipropilceluloza.

Tratament sistemic

Primul tratament oral a apărut acum mai bine de 50 de ani, odată cu apariția primului antifungic oral: griseofulvina. Doza este de 10 până la 20 mg/kg greutate corporală pe zi și până la 30 mg/kg în cazurile rezistente. La adulți, se utilizează 500 mg până la 1 g pe zi, timp de 6 luni pentru unghiile de la mâini și timp de 12 până la 18 luni pentru unghiile de la picioare. Absorbția este crescută dacă medicamentul este administrat după consumul de alimente grase, lapte sau înghețată. Disponibilitatea acestui medicament este în scădere la nivel mondial.

Ketoconazolul, 200 mg zilnic, pentru aceeași perioadă, este eficient, dar administrarea prelungită nu este recomandată din cauza riscului de hepatotoxicitate (1 la 10.000), a creșterii asimptomatice a transaminazelor și a interferenței cu biosinteza androgenilor.

Itraconazolul este un derivat de triazol care acționează la nivelul membranei celulare fungice. Este activ împotriva dermatofiților, drojdiilor și unor mucegaiuri. Este un inhibitor al biosintezei ergosterolului și are o afinitate mare pentru citocromul P-450. Se recomandă doze continue de 200 mg zilnic timp de trei luni sau doze pulsate de 400 mg, o săptămână pe lună, timp de cel puțin patru luni. La copii, doza este de 3,3 până la 6,6 mg/kg greutate corporală zilnic. Dozele pulsate de o săptămână pot fi utilizate lunar, timp de cel puțin trei luni. Este mai activ atunci când este administrat după mese; se elimină prin patul unghial și matrice și prezintă o afinitate mare pentru keratină. Concentrații mari se găsesc în organism până la șase luni după întreruperea tratamentului. În general, este bine tolerat, dar la 10% dintre pacienți apar reacții adverse minore, cum ar fi durerile de cap și tulburările gastrointestinale.

S-a raportat o creștere asimptomatică a enzimelor hepatice la 1 până la 2%. Printre principalele interacțiuni se numără absorbția scăzută cu antiacide și blocante ale receptorilor H2 și biodegradarea crescută cu rifampicină și fenitoină. Itraconazolul crește concentrațiile de terfenadină, astemizol, fenitoină, ciclosporină A, digoxină, hipnotice, prednison și agenți hipoglicemianti și anticoagulanți orali. Rabdomioliza poate apărea cu lovastatină și alte statine. Itraconazolul poate scădea

concentrațiile de contraceptive orale.

Terbinafina este o alilamină care inhibă scualen epoxidaza și blochează sinteza ergosterolului. Este indicată pentru dermatofitoză și are activitate redusă împotriva Candidei *și* a altor ciuperci oportuniste. Se absoarbe oral, este lipofilă și se distribuie în matricea și patul unghial. Este foarte activă în onicomicoză, rămânând eficientă mai mult de 90 de zile după trei luni de administrare continuă. Se administrează în doză de 250 mg pe zi timp de 3 până la 4 luni sau în pulsuri de 500 mg timp de o săptămână în fiecare lună, timp de cel puțin 3 până la 4 luni. A fost propus un regim intermitent de 250 mg/zi, urmat de 4 săptămâni de pauză a medicamentului, apoi repetarea terbinafinei 250 mg/zi timp de 4 săptămâni (terapie TOT). Se raportează că are o eficacitate și o siguranță similare tratamentului continuu.

La copii, se pot utiliza 125 mg/zi dacă aceștia cântăresc între 20 și 40 kg și 62,5 mg/zi dacă cântăresc mai puțin de 20 kg. Pentru copiii cu o greutate mai mare de 40 kg, se administrează doza pentru adulți de 250 mg sau 10 mg/kg. Reacțiile adverse sunt de obicei gastrointestinale: greață, vărsături, diaree și tulburări de gust (disgeuzie). Au fost raportate și dureri de cap, erupții cutanate și, rareori, pustuloză exantematoasă, sindrom Stevens-Johnson și necroliză epidermică toxică . Are o afinitate mică pentru citocromul P-450, dar cimetidina poate crește nivelurile de terbinafină și rifampicină, în timp ce fenobarbitalul le scade. Terbinafina reduce nivelurile de ciclosporină A.

Fluconazolul este un bistriazol care acționează prin inhibarea 14α - demetilazei, o enzimă dependentă de citocromul P-450, și are un spectru larg de activitate antifungică. Este hidrofil, iar absorbția sa este independentă de pH-ul gastric sau de alimente. Niveluri ridicate sunt detectabile la nivelul unghiilor chiar și la 3 până la 6 luni de la întreruperea tratamentului. Se administrează în doză de 150 mg săptămânal, timp de 8 până la 12 luni sau până la 2 ani; prin urmare, se preferă doza de 300 mg, deoarece scurtează durata tratamentului. La copii, poate fi administrat în doză săptămânală de 8 mg/kg. S-a observat rezistență, în special la pacienții cu SIDA. Reacțiile adverse minore includ cefalee și tulburări gastrointestinale, care sunt dependente de doză. Creșterea asimptomatică a enzimelor hepatice apare la mai puțin de 5%. Au fost raportate eritem pigmentat fix, sindrom Stevens-Johnson și necroliză epidermică toxică (boala Lyell). Interacțiunile la nivelul citocromului P-450 apar la doze mai mari de 250 mg/zi.

În studiile de medicină bazate pe dovezi, s-a constatat că tratamentele standard cu itraconazol produc unghii fără boală în 25% până la 40% din cazuri, iar cu terbinafină în 35% până la 50%. La copii, itraconazolul și terbinafina sunt sigure și eficiente, cu un timp de vindecare mai scurt după întreruperea medicației, comparativ cu adulții. În studiile de urmărire pe trei ani cu terapie continuă și pulsată, rata de recidivă s-a dovedit a fi mai mare cu terapia pulsată (36%) decât cu terapia continuă (16,6%). Ratele de recidivă după vindecare sunt de 35,7% cu itraconazol și de 11,9% cu terbinafină. Eșecurile tratamentului se pot datora eradicării incomplete sau reinfectării. În unele cazuri, lipsa de răspuns se datorează infecțiilor fungice oportuniste care nu au fost detectate la începutul tratamentului. Din punct de vedere practic, dacă eșecul apare în decurs de un an de la întrerupere, este considerat o recidivă; dacă apare ulterior, este probabil să fie o reinfecție.

Relații terapeutice

Combinația dintre tratamentul sistemic și topic este mai utilă deoarece permite administrarea de itraconazol, terbinafină sau fluconazol pentru o perioadă mai scurtă, evitând efectele secundare și interacțiunile. Un amestec de 400% uree plus 1% bifonazol a fost utilizat pentru avulsia non-chirurgicală a unghiei afectate, în combinație cu o singură doză de 400 mg de itraconazol sau 500 mg de terbinafină zilnic, timp de o săptămână. Drept urmare, în grupul itraconazol + bifonazol-uree, 90,91% s-au ameliorat, iar 9,09% nu au răspuns. În grupul terbinafină + bifonazol-uree, 95,65% s-au ameliorat, iar 4,35% nu au răspuns.

Pentru a evalua utilitatea îndepărtării plăcii unghiale ca adjuvant la terbinafina sistemică, au

fost studiați 11 pacienți. Toți au fost tratați inițial cu un puls de terbinafină de 500 mg/zi timp de șapte zile. Două săptămâni mai târziu, zona afectată sau întreaga unghie a fost rezecată. După finalizarea îndepărtării unghiei, pacientul a fost instruit să poarte o proteză unghială pentru a menține lățimea patului unghial și a preveni unghiile încarnate. Au fost administrate trei pulsuri de terbinafină, 500 mg/zi, timp de șapte zile. Se pare că adăugarea intervenției chirurgicale la regimul de tratament îmbunătățește ratele de vindecare.

Laserul cu dioxid de carbon a fost utilizat în tratamentul chirurgical al onicomicozei. Această tehnică implică îndepărtarea hiperkeratozei subunghiale din patul unghial după îndepărtarea unghiei afectate. Țesutul tratat este îndepărtat de sub patul unghial cu o chiuretă; odată vindecată, zona este curățată zilnic și se aplică un medicament antifungic topic. Au fost descrise și combinații de două antifungice orale, cum ar fi itraconazolul și terbinafina, administrate secvențial sau în paralel.

O altă metodă de tratare a onicomicozei cu laser cu dioxid de carbon implică crearea mai multor găuri în placa unghială, până la țesutul hiperkeratotic subiacent. Apoi, zilnic, se aplică un lichid antifungic, care pătrunde prin găurile din unghie și este absorbit de țesutul subunghial. Această tehnică nu necesită anestezie. Studiile au demonstrat eficacitatea acestei proceduri, dar autorul nu are experiență în acest sens. Recent, a fost testată și terapia fotodinamică.

Terbinafina sau itraconazolul administrate oral au fost, de asemenea, combinate cu lac de amorolfină, observându-se rate crescute de vindecare.

Condiții speciale pentru tratament

La persoanele în vârstă, afecțiunile conexe, cum ar fi insuficiența vasculară periferică, utilizarea altor medicamente și potențialele interacțiuni medicamentoase, trebuie evaluate de la caz la caz. În cazurile de onicogrifoză, este necesară avulsia unghiilor.

În copilărie, trebuie investigată dermatofitoza asociată a capului sau picioarelor și trebuie administrat un tratament concomitent adecvat . Tratamentele de primă linie trebuie să fie în principal topice; în unele țări, utilizarea tuturor antifungicelor sistemice în zonele unghiilor nu este încă acceptată; prin urmare, trebuie evaluat raportul risc-beneficiu (în plus, aproape niciunul nu este disponibil sub formă de soluție orală). Suspensiile de griseofulvină și fluconazol sunt disponibile în unele regiuni și, deși itraconazolul este disponibil și sub formă de soluție de ciclodextrină, diareea a fost adesea raportată la copii. Se recomandă monitorizarea hematologică la fiecare 8 săptămâni. Terapia sistemică nu este recomandată femeilor însărcinate sau care alăptează. Itraconazolul și fluconazolul sunt din categoria C, iar terbinafina este din categoria B.

La persoanele imunocompromise, în special la cele cu SIDA, principalele provocări sunt eradicarea fungilor patogeni, prezența organismelor rezistente, cum ar fi *Candida* , apariția - recăderilor și interacțiunile medicamentoase. Când onicomicoza este prezentă la pacienții cu SIDA, se recomandă terbinafina deoarece se absoarbe mai bine în cazurile de gastropatie și are puține interacțiuni cu sistemul citocromului P-450.

Măsuri preventive generale

Picioarele trebuie uscate cu grijă după baie; de asemenea, trebuie evitată utilizarea excesivă a încălțămintei închise, a pantofilor din plastic sau a adidașilor. Se recomandă utilizarea podelelor din plastic și a celor înclinate ale dușurilor pentru a facilita scurgerea apei; dușurile trebuie dezinfectate în mod regulat cu hipoclorit de sodiu. Se recomandă tăierea și pilirea frecventă a unghiilor în timpul tratamentului. Aplicarea unui antifungic topic după tratament, de preferință sub formă de ojă, previne recurența.

Medicamentele disponibile în prezent nu rezolvă complet problema onicomicozei din cauza dificultăților de diagnostic și a perioadelor lungi de urmărire. Prin urmare, este necesar să se studieze noi medicamente sau combinații , precum și să se implementeze noi sisteme antifungice cu eliberare prelungită.

Literatură

Albanese G, Di Cintio R, Martin C, Nicoletti A. Terapie scurtă pentru tinea unguium cu terbinafină: patru cure diferite de tratament. *Mycoses ,* 1995;38:211-214.

André J, Achten G. Onicomicoza. *Int J Dermatol ,* 1987;26:481-490.

Arenas R. Onicomicoză. Aspecte clinico-epidemiologice, micologice și terapeutice. *Gac Med Mex ,* 1990;126(2):84-91.

Arenas R, Arce M, Leyva J. Onicomicoză dermatofitică. Studiu deschis, comparativ, randomizat, între unguentul cu bifonazol-uree combinat cu o monopulsă de itraconazol sau terbinafină. *Dermatología Rev Mex ,* 1999;43(4):149-156.

Arenas R, Aristimuño M, Abiega C, Arenas R. Infecția cu virusul imunodeficienței umane și onicomicoza. *Dermatol Venezol ,* 1999;37:28-29.

Arenas R, Bonifaz A, Padilla MC, *et al.* Primul consens asupra micozelor superficiale. *Dermatología Rev Mex ,* 1999;43(2):80-88.

Arenas R, Bonifaz A, Padilla MC *și alții.* Onicomicoză. Un studiu mexican. *Eur J Dermatol ,* 2010;20(5):611-614.

Arenas R, Isa Isa R. Onicomicoză cauzată de *Scytalidium - anamorfă* a *Nattrassia mangiferae.* Primul caz în Republica Dominicană. *Rev Dom Dermatol ,* 2002;29;2:19-21.

Arenas R, Ocejo D. Onicomicoza: frecvență actuală într-un departament de dermatologie din Mexico City. *Dermatología Rev Mex ,* 1997;41(5):171-175.

Arenas R, Rosales C. Onicomicoză și tinea pedis. Studiu a 31 de cazuri la copii. *Dermatología RevMex ,* 1997;41(4):139-142.

Arenas R, Rubalcaba J, Leyva J, *et al.* Onicomicoza și diabetul zaharat de tip 2. *Dermatología Rev Mex* 1999;43(1):1-7.

Arenas R, Ruiz-Esmenjaud J. *Tratamentul chirurgical al onicomicozei.* O analiză critică. *Dermatología CMQ ,* 2003;1839:178-181.

Aristimuño M, Arenas R, Rubalcaba-Priego J, *et al.* Onicomicoza la pacienții ambulatori cu diabet zaharat de tip 2. Date clinico-epidemiologice și tratament cu bifonazol-uree. *Dermatología RevMex,* 2000;44(2):60-68.

Arrese JE, Piérard-Franchimont C, Piérar GE. Hialohifomicoză fatală în urma onicomicozei cu Fusarium la un pacient imunocompromis. *Am J Dermatopathol ,* 1996;18:196-198.

Asz-Sigall D, Lopez-Garcia L, Vega ME, Lacy RM, Garcia C, Ramírez C, Granados J, Villa A, Ameen M, Arenas R. Asocierea HLA-DR6 conferă o rezistență crescută la onicomicoza cu *T rubrum* la mestizii mexicani. *Int J Dermatol ,* 2010;49:1406-1409.

Baek SC, Chae HJ, Houh D, *et al.* Detectarea și diferențierea fungilor cauzatori ai onicomicozei folosind amplificarea PCR și analiza enzimelor de restricție. *IntJ Dermatol ,* 1998;37(9):682-686.

Baran R. Onicomicoză proximală subunghială cu Candida. O manifestare neobișnuită a candidozei mucocutanate cronice. *Br J Dermatol ,* 1997;137:286-288.

Baran R, Hay RJ. Ablucida chirurgicală parțială a unghiei în onicomicoză. *Clin Exp Derm ,* 1985;10: 413-418.

Baran R, Hay RJ, Garduno JI. Recenzie a terapiei antifungice și a indicelui de severitate pentru evaluarea onicomicozei: Partea I. *J Dermatolog Treat ,* 2008;19:72-81.

Baran R, Hay RJ, Hanecke E, Tosti A, Piraccini BM. Onicomicoza. *Abordarea actuală a diagnosticului și terapiei* . Londra: Martin Dunitz, 1999:6-72.

Baran R, Hay RJ, Tosti A, Haneke E. O nouă clasificare a onicomicozei. *Br J Dermatol ,* 1998;139: 567-571.

Baran R, Sigurgeirsson B, De Berker D *și alții.* Despre eficacitatea, siguranța și rentabilitatea unei terapii combinate cu lac de unghii amorolfină și terbinafină administrată oral, comparativ cu terbinafină administrată oral în monoterapie, pentru tratamentul onicomicozei cu afectare matriceală. *Br J Dermatol* , 2007:157:149-150.

Baran R, Tosti A, Piraccini BM. Modele clinice neobișnuite ale infecției unghiilor cu Fusarium: raportarea a trei cazuri. *Br J Dermatol* , 1997;136:424-427.

Baudraz-Rosselet F, Ruffieux C, Lurati M, Bontems O, Monod M. Onicomicoza insensibilă la tratamentele sistemice cu terbinafină și azoli relevă mucegaiuri non-dermatofite ca agenți infecțioși. *Dermatology ,* 2010;220(2):164-168.

Becker LE. Griseofulvină. *Dermatol Clin ,* 1984;2:115-120.

Bickers DR. Terapia antifungică poate cauza intoleranțe la alte clase de medicamente. *J Am Acad Dermatol* , 1994;31:587-590.

Bonifaz A, Ibarra G. Onicomicoza la copii: tratament cu bifonazol-uree. *Pediatric Dermatol ,* 2000;17(4):310-314.

Carrillo-Munoz AJ, Tur-Tur C, Hernandez-Molina JM, Santos P, Cardenes D, Giusiano G. Antifungice disponibile pentru tratamentul micozei ungueale. *Rev Biochemistry ,* 2010;27(2):49-56.

Chen J, Liao W, Wen H *și colab.* O comparație între patru scheme de tratament cu itraconazol în onicomicoză. *Mycoses ,* 1999;42:93-96.

Chang A, Wharton J, Tam S, Kovich OI, Kamino H. O abordare modificată a diagnosticului histologic al onicomicozei. *J Am Acad Dermatol ,* 2007;57:849–853.

Cohen PR, Scher RK. Tratamentul topic și chirurgical al onicomicozei. *J Am Acad Dermatol* 1994;31:574–577.

Coleman R, Hay RJ. Candidoza mucocutanată cronică asociată cu hipotiroidismul: un sindrom distinct? *Br J Dermatol,* 1997;136:24-29.

Connelley LK Jr, Dinehart SM, McDonald R. Onicocriptoza asociată cu tratamentul onicomicozei. *J Am Podiatr Med Assoc* , 1999;89(8):424-426.

Córdova ME, Arenas R, López C, *et al.* Sindromul Down. Frecvența și caracteristicile onicomicozei plăcintelor. *Dermatología RevMex ,* 2000;44(1):5-9.

Daniel CR III, Gupta AK, Daniel MP. Sindromul două picioare și o mână: un studiu retrospectiv multicentric. *Int J Dermatol ,* 1997;36:658-660.

Daniel CR III, Norton LA, Scher RK. Spectrul afecțiunilor unghiilor la pacienții cu infecție cu virusul imunodeficienței. *J Am Acad Dermatol ,* 1992;27:93-97.

De Backer M, De Vroey C, Lesaffre E *și colab.* Douăsprezece săptămâni de terapie orală continuă pentru onicomicoza unghiilor de la picioare cauzată de dermatofiți: un studiu comparativ dublu-orb al terbinafinei 250 mg/zi versus itraconazolului 200 mg/zi. *J Am Acaddermatol ,* 1998;(38):S57-S63.

Domínguez-Cherit J, Teixeira F, Arenas R. Tratament chirurgical și sistemic combinat al onicomicozei . *Br J Dermatol ,* 1999;140(4):778-780.

Dunand J, De Bievre de C, Rouffaud MA. Intéret al RAPD-PCR în identificarea dermatofitelor genului Microsporum. *J Mycol Med ,* 1999;9:191-196.

Efendi I. Strategii terapeutice în onicomicoză. *JEADV ,* 1995;4(Supl. 1):S3-S10.

Elewski B, Charif MA. Prevalența onicomicozei la pacienții care frecventează o clinică de dermatologie din nord-estul statului Ohio pentru alte afecțiuni. *Arch Dermatol ,* 1997;133:1172-1173.

Elewski BE. Perlă clinică: diagnosticul onicomicozei. *J Am Acad Dermatol ,* 1995;32:500-501.

Elewski BE. Onicomicoza: patogeneză, diagnostic și tratament. *Clin Microbiol Rev ,* 1998;11(3):415-429.

Epstein E. Cât de des tratamentul oral al onicomicozei unghiilor de la picior produce o unghie fără boală? *Arch Dermatol,* 1998;134:1551-1554.

Feuilhade M. Piciorul și micozele. Aspecte epidemiologice. *Foot ,* 1990;6:5-6.

Feuilhade M, Baran R, Goettmann S, *et al.* Onicomicoză dermatofitică cu afectare a matricei: beneficiul combinării unui lac care conține amorolfină 5% cu tratamentul oral cu terbinafină. *Ann Dermatol Venereol ,* 1996;123(Supl 1):143.

García MT, Granados J, Vega ME, Arenas R. Analiza polimorfismului genetic al locusurilor HLA-B și HLA-DR la pacienții cu onicomicoză dermatofitică și rude de gradul întâi. Actas Dermo Sfilogr, 2011 (în curs de publicare).

Geronemus RG. Chirurgie cu laser a unității unghiale. *J Dermatol Surg Oncol ,* 1992;18:735-743.

Ginter-Hanselmayer G, Weger W, Smolle J. Onicomicoza: o nouă boală infecțioasă emergentă la copii și adolescenți. Raport privind experiența de tratament cu terbinafină și itraconazol la 36 de pacienți. *JEADV ,* 2008;22:470-475.

Grover C, Bansal S, Nanda S, Reddy BS, Kumar V. Combinație de avulsie chirurgicală și terapie topică pentru onicomicoza unghială unică: Un studiu controlat randomizat. *Br J Dermatol ,* 2007; 157:364-368.

Gupta AK, Konnikof N, MacDonald P *și colab.* Prevalența și epidemiologia onicomicozei unghiilor de la picioare la subiecții diabetici: un studiu multicentric. *Br J Dermatol ,* 1998;139:665-671.

Gupta AK, Lynch LE, Kogan N *și colab.* Utilizarea unui regim intermitent cu terbinafină pentru tratamentul onicomicozei dermatofitice a unghiilor de la picioare. *JEADV ,* 2009;23:256-262.

Gupta AK, Malkin KF. Lacul de unghii cu ciclopirox și practica podiatrică. *J Am PodiatrMed Assoc ,* 2000; 90:502-507.

Gupta AK, Cooper EA. Actualizare în terapia antifungică a dermatofitozei. *Mycopathol ,* 2008;166:353-367.

Gupta AK, Sibbald G, Lynde ChW *și alții.* Onicomicoza la copii: Prevalența și strategiile de tratament. *J Am Acad Dermatol* , 1997;36:395-402.

Haneke E. Biopsii de unghii în onicomicoză. *Mykosen ,* 1985;28:473.

Hay RJ, Baran R. Onicomicoza: O revizuire propusă a clasificării clinice. *J Am Acad Dermatol ,* 16 abr 2011

(publicación electrónica).

Hay RJ, Roberts SOB, Mackenzie DR. Micologie. Autor: Champion RH, Burton JL, Ebling FG (ed.). *Manual de dermatologie* . Londra: Blackwell Scientific Pub, 1992:1127-1216.

Heikkila H, Stubb S. Rezultate pe termen lung la pacienții cu onicomicoză tratați cu itraconazol. *Acta Derm Venereol* , 1997;77:70-71.

Herranz P, Garcia J, Lucas de R *și alții.* Onicomicoza unghiilor de la picioare la pacienții cu sindrom de imunodeficiență dobândită: tratament cu terbinafină. *Br J Dermatol* , 1997;137:577-580.

Hussein M, Hassab-El-Naby M *și colab.* Studiu comparativ privind fiabilitatea biopsiei cu hidroxid de potasiu versus biopsia prin tăiere a unghiilor în diagnosticul onicomicozei. *Gulf J Dermatol Venereol* , 2011;18(1):14-22.

Jain S, Sehgal VN. Onicomicoza: o perspectivă epidemio-etiologică. *Int J Dermatol* , 2000;39:100-103.

Jaiswal A, Sharma RP, Garg AP. Un studiu comparativ randomizat deschis pentru a testa eficacitatea și siguranța pulsului de terbinafină administrată oral ca monoterapie și în combinație cu ciclopirox olamină topică 8% sau clorhidrat de amorolfină topică 5% în tratamentul onicomicozei. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* , 2007;73:393-396.

Korting HC, Schafer-Korting M. Este tinea unguium încă pe scară largă incurabilă? O analiză la trei decenii de la introducerea griseofulvinei. *Arch Dermatol* , 1992;128(2):243-248.

Lai WY, Tang WYM, Loo SKF, Chan Y. Caracteristici clinice și rezultate ale tratamentului pacienților supuși unei intervenții chirurgicale de avulsie a unghiilor pentru unghii distrofice. *Hong Kong MedJ* , 2011;17(2):127-131.

Liu HN, Lee DD, Wong CK. KONCPA: o nouă metodă de diagnosticare a tinea unguium. *Dermatology* , 1993;187:166-168.

Meheregan DA, Meheregan DR, Rinker A. Onicomicoza. *Cutis* , 1997;59:247-248.

Midgley G, Moore MK. Infecția unghiilor. *Clinici Dermatologice , 1996;14(1):41-49.*

Midgley G, Moore MK, Cook JC *și alții.* Micologia afecțiunilor unghiilor. *J Am Acad Dermatol* , 1994;31:568-574.

Moreno-Coutiño G, Toussaint-Caire S, Arenas R. Aspecte clinice, micologice și histologice ale onicomicozei albe. *Mycoses* , 2009:1-4.

Piérard GE, Arrese JE, Pierre S, *et al.* Diagnostic microscopic de onicomicoze. *Ann Dermatol Venereal* , 1994;121:25-29.

Philpot CM, Shuttleworth D. Onicomicoza dermatofitică la copii. *Clin Exp Dermatol* , 1989;14:203-205.

Piraccini BM, Sisti A, Tosti A. Urmărire pe termen lung a onicomicozei unghiilor de la picioare cauzată de dermatofiți după tratamentul cu succes cu agenți antifungici sistemici. *J Am Acad Dermatol* , 2010;62:411-414.

Roberts DT. Dermatofitom subungual care complică onicomicoza dermatofitică. *Br J Dermatol* , 1998;138:189-190.

Sáez de Ocariz MM, Arenas R. Frecvența onicomicozei unghiilor de la picioare la pacienții cu manifestări cutanate ale insuficienței venoase cronice. Int J Dermatol, 2001;40:18-25.

Sáez de Ocariz MM, Monroy E, Arenas R. Onicomicosis mixtas. Comunicare de 26 de cazuri. *Dermatología Rev Mex* , 1999;43(5):208-212.

Syed TA, Abbas-Ahmadpour O, Ali-Ahmad S *și colab.* Tratamentul onicomicozei unghiilor de la picioare cu cremă cu 2% butenafină și 20% uree: un studiu dublu-orb, controlat cu placebo. *J Dermatol*

, 1998;25:648-652.

Tosti A, Baran R, Piraccini BM *și colab.* Onicomicoza endogenică: o nouă modalitate de invazie a unghiilor de către ciuperci dermatofitice. *Acta Dermatovenereol ,* 1999;79:52-53.

Tosti A, Piraccini BM. Onicomicoză subunghială proximală cauzată de *Aspergillus niger.* Raport a două cazuri. *Br J Dermatol ,* 1998;139:152-169.

Tosti A, Piraccini BM, Strinchi C *și alții.* Onicomicoza cauzată de Scopulariopsis brevicaulis: caracteristici clinice și răspuns la antifungicele sistemice. *Br J Dermatol* , 1996;135:799-802.

Vázquez H, Leyva J, Arenas R. Tinea manuum și sindromul unei mâini și al ambelor picioare. Studiu retrospectiv a 51 de cazuri. *Dermatología Rev Mex ,* 1998;42(1):9-12.

Villanueva-Reyes J, Arenas R. Onicomicoza la copii: un studiu asupra unei populații mexicane. *Dermatol Pediatr Lat ,* 2006;4(3):197-203.

Zaias N, Drachman D. O metodă pentru determinarea eficacității medicamentelor în onicomicoză. *J Am Acad Dermatol ,* 1983;9:912-919.

Zaias N, Tosti A, Rebell G *și alții.* Model autosomal dominant al onicomicozei subunghiale distale - cauzate de *Trichophyton* rubrum. *J Am Acad dermatol ,* 1996;34:302-304.

Zaug M. Lac de unghii cu amorolfină: experiență clinică în onicomicoză. *JEADV ,* 1995;4(Supliment 1):S23-S30.

Capítulo 10

Modificări traumatice și de contact ale unghiilor

• Judith Domínguez-Cherit

În consultațiile dermatologice, se observă rareori modificări ale unghiilor de origine traumatică. Acestea pot fi secundare unor factori locali și sunt adesea confundate cu onicomicoza , ducând la tratamente incorecte.

Acest capitol prezintă semnele clinice și cele mai frecvente cauze ale leziunilor traumatice. Etiologia este foarte variată și este adesea legată de statutul socioeconomic sau ocupație.

În general, problemele unghiilor cauzate de utilizarea cosmeticelor pentru unghii sunt observate la niveluri socioeconomice mai ridicate și la femei; dimpotrivă, la niveluri mai scăzute, în special la bărbați, problemele unghiilor ocupaționale sunt mai frecvente, deoarece pacienții efectuează multă muncă manuală, cu sau fără unelte adecvate. Unghiile de la mâini sunt de obicei afectate, deși problemele unghiilor cauzate de cosmetice pot afecta uneori unghiile de la picioare.

Leziunile post-traumatice ale unghiilor de la picioare sunt frecvente, secundare tipului de sport practicat, cum ar fi de jucătorii de fotbal sau dansatorii de balet, sau modificări secundare pilirii excesive sau obsesive, ceea ce duce la fibroza patului unghial. O altă cauză frecventă a modificării traumatice a unghiilor este afectarea iatrogenă sau rezultată în urma intervențiilor chirurgicale.

Traumatisme secundare utilizării cosmeticelor pentru unghii

În ciuda abundenței cosmeticelor pentru unghii și a numărului mare de persoane care le utilizează , acest tip de modificare nu este foarte frecvent; totuși, atunci când este observat, este un motiv de consultație. (Capitolul 14 discută mai detaliat utilizarea cosmeticelor.) Semnele clinice depind de substanța utilizată și de locul aplicării. Se pot observa dermatită de contact cauzată de iritanți sau sensibilizanți, paronichie, inflamația patului unghial și modificări ale culorii plăcii unghiale (Figura 10-1).

Ojele sunt fabricate pentru a fi durabile, colorate, strălucitoare și cu uscare rapidă. Prin urmare, în producția lor se utilizează diverși compuși, care sunt cauza problemelor menționate mai jos.

Nitroceluloza și metilceluloza sunt folosite pentru a da corp și strălucire lacului (izolate, nu produc nicio reacție); în amestec cu rezorcinol (preparate pentru păr) produc o pigmentare gălbuie a unghiei (figura 10-2).

Agentul care provoacă cel mai frecvent dermatită de contact este rășina de formaldehidă-toluen sulfonamidă. Este substanța responsabilă pentru strălucirea, flexibilitatea și aderența rășinii.

Figura 10-1 Eccema periungueal y surcos transversales secundarios.

Figura 10-2 Uñas amarillas por barniz de madera.

lacului. Lacurile hipoalergenice nu îl conțin, dar se crapă și se exfoliază ușor. De asemenea, se folosesc solvenți pentru a preveni aglomerarea lacului; acești solvenți pot provoca dermatită iritantă.

Substanțele folosite pentru adăugarea de culoare, cum ar fi coloranții fluorescenți, eozina, eritrozina, fluoresceina și rodamina B, pot fi fotosensibilizante. Coloranții nefluorescenți nu sensibilizează, dar sunt cei care pigmentează placa unghială (Figura 10-3).

Întăritorii conțin formaldehidă; când se găsesc concentrații mai mari de 5%, aceștia pot provoca onicoliză, paronichie, hiperkeratoză subunghială și cromonichie (Figura 10-4).

Întăritoarele de unghii conțin formaldehidă (interzisă de *Administrația pentru Alimente și Medicamente [* FDA] în Statele Unite); cu toate acestea, în Mexic, sunt încă disponibile produse neînregistrate care o conțin. Aceasta provoacă dureri de unghii și onicoliză; s-au raportat chiar și sângerări de la nivelul unghiei sau al buzelor (la persoanele care își duc frecvent degetele la gură).

Figura 10-3 Pigmentación por barniz de uñas.

Figura 10-4 Onicólisis por barniz de uñas.

Figura 10-5 Surcos transversales por manicura.

Figura 10-6 Daño en superficie ungueal por uñas artificiales.

Oja și produsele de îndepărtare a cuticulelor pot provoca, de asemenea, paronichia, care poate fi legată de bacterii sau *de Candida* sp. Aceste produse de îndepărtare a cuticulelor conțin solvenți organici care deshidratează unghia și reduc aderența corneocitelor, ducând la pierderea strălucirii. Produsele de îndepărtare a cuticulelor conțin hidroxid de potasiu sau de sodiu; dacă sunt lăsate să acționeze prea mult timp, pot provoca iritații.

Împingerea cuticulei înapoi cu instrumente de manichiură deteriorează temporar matricea unghiei, rezultând creste transversale, linii Beau și leuconichie parțială (Figura 10-5). Aceste creste seamănă foarte mult cu cele observate în mod obișnuit pe degetul mare din cauza deteriorării repetate a matricei unghiei din cauza ticurilor (unghii în chiuvetă; vezi Figura 3-14).

Onicoschizisul (o unghie care se desparte în două straturi, ca un ursoi în păr) se datorează mai mult umidității sau uscăciunii excesive decât lacurilor sau produselor de îndepărtare (vezi figura 3-12).

Unghiile artificiale sau false prefabricate pot cauza probleme din cauza lipiciului utilizat . Se recomandă îndepărtarea lor în termen de 18 ore de la aplicare pentru a evita distrofia unghiilor sau onicoliza (Figura 10-6).

Pentru a lipi și modela unghiile cu gel sau acrilice, se utilizează monomeri de metametil metacrilat lichizi și pulbere. Aceștia sunt sensibilizatori puternici care pot provoca orice, de la o simplă dermatită de contact până la iritații și distrofie permanentă a unghiilor, precum și dureri intense ale unghiilor. Problema poate fi atât de gravă încât duce la pierderea permanentă a unghiilor.

Traumatisme secundare factorilor ocupaționali și postchirurgicali

Acesta este al doilea motiv cel mai frecvent de consultare. Distrofia poate fi legată de factori fizici și chimici; prin urmare, este întotdeauna important să se întrebe despre ocupație.

Monomerii de metacrilat se găsesc într-o mare varietate de produse și este important de reținut că utilizarea mănușilor de latex la manipularea acestora nu protejează împotriva unei posibile reacții; dimpotrivă, o poate agrava. Doar mănușile din ester butilic previn sensibilizarea lucrătorilor la acest tip de substanță.

Se observă, de asemenea, modificări din cauza iritației, imersiunii prelungite în apă și utilizării unghiilor ca pensete.

O altă substanță puternică care provoacă onichemie și probleme grave, care pot deveni sistemice, este acidul fluorhidric, care se găsește în produsele organice și anorganice.

Figura 10-7 Hematoma subungueal.

Figura 10-8 Traumatismo, hematoma y onicólisis.

(metale), ca și catalizator pentru produsele din siliciu, în materiale semiconductoare și ca agent de îndepărtare a petelor și ruginii.

Alte cauze ale distrofiei unghiale ocupaționale sunt secundare traumatismelor directe, cum ar fi traumatismele cu lovituri contondente, tăieturile sau mușcăturile sau înțepăturile de la animale sau insecte. Exemplele includ lovituri de ciocan, zdrobiri, tăieturi cu fierăstrăul și arsuri fizice sau chimice (Figurile 10-7, 10-8 și 10-9). Adesea, manifestarea este un hematom periungual sau subungual. Chiar și traumatisme minore, cum ar fi cele cauzate de un pulsoximetru, pot produce aceste microhematoame ale pliului unghial proximal (Figura 10-10). Cea mai frecventă cauză a distrofiei unghiale cauzată de traumatisme este observată după un tratament medical neglijent (de obicei din cauza lipsei de cunoștințe) sau în urma unei intervenții chirurgicale sau a extracției unghiei (Figura 10-11). În primul caz, este frecvent să găsim pacienți în clinică cu onicoliză persistentă care raportează aproape constant extracții repetate ale unghiilor. Contextul este că, frecvent, pacientul prezintă o alterare a unghiei (tumoră, inflamație) care nu se vindecă cu antifungice și se termină cu îndepărtarea plăcii unghiale; Totuși, deoarece există o mare lipsă de cunoștințe despre anatomia și fiziologia aparatului unghial, în momentul extracției defectuoase, placa unghială are de obicei o porțiune din patul unghial atașată, ceea ce provoacă cicatrici și o aderență slabă sau onicoliză în placa unghială nou formată.

O altă modificare este unghia încarnată anterioară. Atunci când are loc îndepărtarea plăcii unghiale și patul unghial nu a fost deteriorat, noua unghie devine încarnată distal sau anterior;

Figura 10-9 Hematoma subungueal y onicomadesis.

Figura 10-10 Hematoma de cutícula por oxímetro.

Figura 10-11 Paquioniquia por extracción ungueal.

Figura 10-12 Encarnamiento lateral y anterior.

Motivul este că placa unghială acționează ca o atelă și menține țesuturile periunghiale (laterale și anterioare) într-un plan orizontal; dacă nu există o placă unghială, țesuturile aflate sub tensiune nu reușesc să rămână la locul lor și se deplasează în sus, provocând unghii încarnate anterioare și distale, ceea ce este dureros (Figura 10-12).

Semne clinice

Înțelegerea anatomiei și fiziologiei sistemului unghial este crucială pentru a înțelege de ce și când apar modificări clinice. O înțelegere aprofundată a modelului de creștere a unghiilor de la mâini și de la picioare permite deducerea momentului în care s-a produs trauma, pe baza distanței dintre cuticulă și marginea distală a unghiei.

Semnele clinice care se întâlnesc de obicei în cazul unui traumatism al matricei sunt: liniile lui Beau, onicomadeza și lunula eritematoasă (vezi figurile 1-5, 2-4 și 3-26).

Când patul unghial este afectat, pot fi observate semne precoce sau imediate, cum ar fi hemoragia subunghială, sângerarea cu material purulent și dezlipirea plăcii unghiale (vezi Figurile 1-8, 4-11 și 4-18).

Când este o alterare tardivă, se observă de obicei onicoliză, bifurcația plăcii unghiale, *pterigionul unghial* , creșterea anterioară a plăcii unghiale, unghii încarnate anterioare și anonihie (Figura 10-12).

În orice caz, ori de câte ori se observă o modificare care nu afectează toate cele 20 de unghii, trebuie puse întrebări despre ocupație, obiceiuri de igienă și orice antecedente de traumatism sau intervenție chirurgicală pentru a exclude un traumatism sau o tumoră drept cauză a modificării. Diagnosticul diferențial cu aceste afecțiuni este obligatoriu.

Literatură

Baden H. Cosmeticele și unghiile. În: *Boala părului și unghiilor.* New York: Yearbook Publishers, 1987:99-102.

Baran R. Patologie indusă de aplicarea cosmeticelor pe unghii. În: Frost P, Horwitz SN. *Cosmetice pentru dermatologi.* St. Louis: Mosby, 1982:182.

Engasser P. Cosmetice pentru unghii. În Unghii: Scher R, Daniel R. *Terapie, diagnostic, chirurgie,* ediția a 2-a. Philadelphia: Saunders, 1977:276-281.

Griego RD, Orengo IF, Scher F. Distrofia unghială mediană și deformarea tică a obiceiului: sunt forme diferite

ale aceleiași boli? *Int J Dermatol,* 1995;34:799-800.

11 Tumores ungueales

- Heriberto Vázquez Flores
- Judith Domínguez Cherit

Tumorile aparatului unghial afectează regiunea periunghială sau subunghială. Pot fi benigne sau maligne (Tabelul 11-1). Tumorile benigne includ:

- *Angioleiomiom* .
- *Exostoze și nevi* .
- *Fibroamele și varietățile lor:* fibromul digital dobândit, angiofibromul și fibrokeratom.
- *Hemangiom* .
- *Lipom* .
- *Osteocondroame* .
- *Chisturi:* mucoide sau sinoviale, incluzie epidermică (de obicei posttraumatice sau postchirurgicale).
- *Tumora glomus* .

Tumorile pot fi, de asemenea, maligne:

- Carcinom bazocelular.
- Carcinom cu celule scuamoase.
- Melanomul malign.

Cele mai importante caracteristici clinice ale tumorilor unghiale sunt că afectează de obicei un singur deget, încep prin deformarea unghiei într-un mod similar cu orice altă alterare virală, fungică, bacteriană sau inflamatorie și pot duce la distrugerea parțială sau totală și temporară sau permanentă a unghiei.

Semnele clinice depind de localizarea anatomică a tumorii; dacă este localizată în matricea unghială, se găsesc fisuri sau șanțuri; dacă este localizată în patul unghial, se observă onicoliză (Figura 1-8). Se poate constata, de asemenea, alterarea conturului lunulei, hiperkeratoză laterală

sau subunghială, lipsa creșterii lamei unghiale, modificarea culorii sau deformarea degetului și a unghiului Lobivond (Figurile 3-2 și 3-3).

Tabelul 11-1. Leziuni subunghiale și periunghiale neoformative.

	Malign	Benign
Amelanocitar	Carcinom bazocelular Boala Bowen Melanomul amelanotic Metastaze cu carcinom scuamos Carcinomul cu celule Merkel	Exostoză Granulom de corp străin Granulom piogenic Keratoacantom Chist epidermic Unghie încarnată
Pigmentat	Hemangioendoteliom Melanom malign Melanom metastatic Sarcom Kaposi	melanonichie striată cauzată de: Angiokeratom Bacterii cromogene *(Proteus)* Hematom Hiperplazia melanocitară Insuficiență adrenală Medicamente (antimalarice, citotoxice, arsenic, argint, taliu, fenotiazine și PUVA) Melanonihie micotică Nevus joncțional Radiații Sindromul Laugier-Hunziker

Pe baza datelor clinice, este dificil să se pună un diagnostic precis al tipului de tumoră unghială, dar este important să se suspecteze și să se efectueze o biopsie a subunității afectate a aparatului unghial. Acest lucru permite un diagnostic precoce și un tratament la timp.

Deși melanonichia striată nu este o tumoră, aceasta ar trebui luată în considerare în evaluarea acestor leziuni, deoarece poate fi un precursor al melanomului malign sau primul semn clinic de melanom sau carcinom scuamos (Figurile 11-1 până la 11-5). Printre tumorile maligne, carcinomul scuamos este cel mai frecvent observat. Melanomul malign al unității unghiale este mai puțin frecvent, dar nu rar; cu toate acestea, metastazele în această zonă sunt excepționale .

Figura 11-1 Melanonihie striată: comparație între nevus și hiperplazia melanocitară.

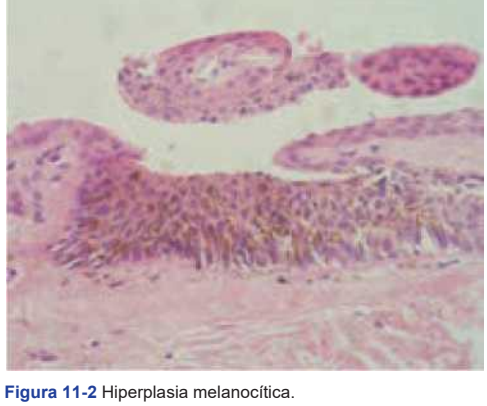


Figura 11-2 Hiperplasia melanocítica.

Figura 11-3 Melanoniquia estriada múltiple.

Figura 11-4 Nevo melanocítico.

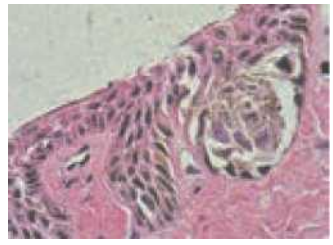


Figura 11-5 Nevo: nidos de melanocitos.

Tumori benigne

Fibroame: fibrom digital dobândit

Aceasta este o tumoră fibroepitelială benignă care apare relativ frecvent la nivelul degetelor de la mâini și este rară la nivelul degetelor de la picioare. Poate fi ereditară sau dobândită (Figurile 7-8 și 7-9). Etiologia sa este necunoscută. Poate proveni din țesutul conjunctiv dermal sau din pliul unghial proximal. Este asociată cu traumatisme și încălțăminte strâmtă. Se caracterizează printr-o creștere fermă, hiperkeratotică, exofitică, de dimensiuni variabile, uneori hiperpigmentată, care poate fi pedunculată sau sesilă. Fibrokeratoamele unghiale și digitale sunt similare, predominând în zona periunguală, cu o bază îngustă și un vârf keratotic. De obicei, ies din pliul unghial proximal și provoacă o depresiune longitudinală a plăcii unghiale. Uneori, își au originea în matrice și au o distribuție intraunguală (Figurile 11-6A, 11-6B și 11-6C). Poate apărea durere din cauza traumatismelor minime sau a sângerărilor. Histopatologia arată că epiderma este aplatizată. Se observă fascicule dezorganizate de colagen în tot dermul, cu creșterea numărului de fibroblaste și a vaselor de sânge dilatate (Figura 11-7). Tratamentul este chirurgical.

Lipom

Este o tumoră frecventă în dermatologie. La nivelul mâinilor, creșterea sa poate provoca modificări neurologice la nivelul nervilor periferici. Compresia nervului median provoacă simptome similare.

Figura 11-6A Fibroma digital.

Figura 11-6B Fibroma digital: uña en flauta y onicólisis.

Figura 11-6C Fibroma digital: después de la exposición quirúrgica.

Figura 11-7 Fibrom: histopatologie (HE 40x) .

la sindromul de tunel carpian. Simptomele includ slăbiciune tenară, atrofie și deficite senzoriale la nivelul degetului mare, arătător și degetelor lungi. Compresia laterală a nervilor cutanați din antebrat poate provoca durere radială către dosul degetului mare. Deficitele senzoriale la nivelul dosului degetului mare, arătător și degetelor lungi pot fi cauzate de compresia nervului radial superficial. Deficitele senzoriale la nivelul degetelor patru și cinci pot rezulta din compresia nervului ulnar de către lipom. Prezentările periunguale și subunguale sunt rare. Ecografia și ecografia glandelor ecrine de la nivelul vârfurilor degetelor sunt utile. Conform lui Richard și colab., în literatura medicală sunt raportate patru cazuri de lipoame subunguale. Recidivele după excizie sunt puțin probabile.

Onicomatricom

Este o tumoră benignă, rară, a matricei unghiale. Se prezintă ca o unghie galbenă cu hemoragii sub formă de așchii, onicorexie, o supracurbură transversală a plăcii unghiale și prezența unei tumori filiforme care ia naștere din matricea unghială, vizibilă la îndepărtarea chirurgicală a matricei (Figurile 11-8, 11-9 și 11-10).

Figura 11-8 Onicomatricoma: sobrecurvatura lámina ungueal.

Figura 11-9 Onicomatricoma: de la después de la cirugía ungueal.

Figura 11-10 Onicomatricoma: tumor de aspecto filiforme.

Histopatologia evidențiază o configurație lobulară cu epiteliu papilomatos, acantoză neregulată și proiecții profunde ale mai multor straturi de celule suprabazale și celule clare cu nuclei picnotici. Invaginările epiteliale sunt înconjurate de cavități goale; în plus, există o stromă hipercelulară (Figura 11-11).

Chisturi: chist mucos (mixoid sau sinovial) și pseudochist

Chistul sau ganglionul apare pe suprafața dorsală a falangelor distale și își are originea la articulația interfalangiană distală. Cel mai frecvent afectează degetele arătător și lung la femei și bărbați cu vârste cuprinse între 40 și 70 de ani. Modificările osteoartritice ale articulației interfalangiene distale sunt frecvente. Deși leziunea se poate vindeca spontan, aceasta trebuie tratată dacă este prezentă durere, dacă drenează prin pliul unghial sau dacă există modificări trofice semnificative la nivelul aparatului unghial și al degetului (Figura 11-12).

Spre deosebire de un chist adevărat, un pseudochist nu are perete. Este benign, mic și are o suprafață netedă, lucioasă și translucidă. Ocazional, este hemoragic și se înnegrește. Este situat între articulația interfalangiană distală și baza unghiei, pe suprafața dorsală sau laterală a degetului. Uneori își scade dimensiunea din cauza drenajului de material vâscos. Rezultă dintr-o modificare degenerativă mucoidă a colagenului și nu este conectat la articulație. Deoarece este situat pe matricea unghiei, creează un șanț longitudinal de 1 până la 2 mm lățime pe suprafața unghiei (Figura 11-13).

În tratament, este esențială excizarea conexiunii articulare. Aceasta se realizează prin ridicarea pielii cu un lambou; tendonul extensor este, de asemenea, ridicat, iar articulația interfalangiană este debridată în regiunea sa distală și dorsală, de unde își are originea chistul. Osteofitele sunt îndepărtate. Poate fi necesar un lambou de avansare distală pentru a acoperi articulația. În cazul unui pseudochist, leziunea este disecată, electrodesicată sau se efectuează criochirurgie; conținutul poate fi, de asemenea, aspirat și injectat triamcinolon acetonidă sau se poate aplica un tratament sclerozant intralezional.

Tumori de origine nervoasă

Neurofibroame

Acestea sunt malformații ale țesutului nervos. De obicei, apar ca leziuni solitare în primul deceniu de viață. Dacă sunt localizate în pliul unghial proximal, pot produce o depresiune longitudinală; dacă sunt subunghiale, provoacă distrofie. Sunt asociate cu durere și grade variabile de severitate.

Figura 11-11 Onicomatricom: histopatologie (HE 40x) .

Figura 11-12 Chist mixoid.

Figura 11-13 Pseudochist mixoid.

Disfuncția periferică secundară creșterii tumorale este frecventă în boala von Recklinghausen. Sunt prezente leziuni multiple. Histologic, acestea sunt tumori compuse din celule fusiforme laxe cu nuclei ondulați, unele mastocite și o stromă mixoidă palidă. Excizia poate ameliora durerea sau paralizia. Grefa nervoasă poate fi necesară pentru a restabili funcția (Figura 11-14).

Schwannom, neurilemom sau gliom

Este cea mai frecventă tumoră primară a nervilor periferici. Reprezintă 5% din tumorile mâinii, dar este rareori subunguală. Se prezintă ca edem asimptomatic de-a lungul traiectoriei unui nerv periferic, fără deficite motorii sau senzoriale. Tratamentul constă în îndepărtarea tumorii fără a compromite integritatea nervului afectat.

Tumori melanocitare

Melanonichia și hiperplazia melanocitară

Melanonichia striată este caracterizată prin una sau mai multe linii maronii sau negre pe placa unghială. Aceasta rezultă din creșterea depunerii de melanină, care se poate datora unei sinteze crescute sau unui număr mai mare de melanocite care o produc (Figura 11-3). De obicei, își are originea în patul unghial și este foarte frecventă la persoanele cu pielea închisă la culoare (melanonichia rasială). În populația latino-americană, și în special la mestizii mexicani, melanononichia longitudinală este asociată rasial; cu toate acestea, în 6% din cazuri, este legată de malignitatea aparatului unghial.

Hiperplazia melanocitară se manifestă ca melanonichie striată și este caracterizată printr-o maculă pigmentată în matrice, rezultată din creșterea activității și a numărului de melanocite (Figurile 11-1 și 11-2). Histologic, se subdivizează în lentigo, dacă melanocitele sunt prezente individual, sau nevus, dacă sunt prezente cuiburi (Figurile 11-5 și 11-15). Când se datorează unei creșteri a numărului de melanocite hiperplazice și pleomorfe, unii autori o numesc hiperplazie melanocitară atipică; alții o consideră melanom malign *in situ.* În hiperplazia benignă, există o creștere a numărului de melanocite fără pleomorfism sau atipie. În schimb, în hiperplazia melanocitară atipică, aceste celule sunt poligonale sau dendritice și sunt situate în stratul bazal sau se extind în straturile suprabazale.

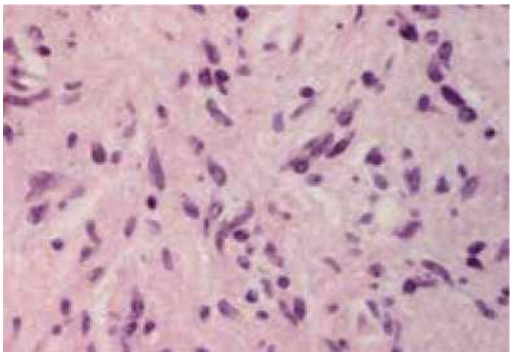


Figura 11-14 Neurofibroma, histopatología (40X).

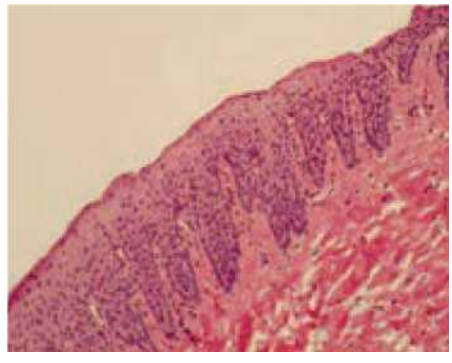


Figura 11-15 Melanoniquia: imagen lentiginosa (HE 40x).

Nevi melanocitari

Pot provoca discromie, supracurbură și hiperkeratoză subunghială. Sunt neoformații benigne unice sau multiple, constând din cuiburi de melanocite (celule neviforme) în procesele interpupilare, cu melanină de intensitate variabilă (Figurile 11-1, 11-4 și 11-5).

Tumori osteocartilaginoase

Encondrom

Își are originea în cartilaj. Este cea mai frecventă tumoră osoasă primară. Predomină la nivelul mâinilor (90%), unde se dezvoltă în falangele proximale și metacarpiene. Este o tumoră dureroasă care afectează unghiile. Provoacă deformarea și decolorarea plăcii unghiale. Este mai frecventă la femeile cu vârsta cuprinsă între 30 și 50 de ani. Tabloul clinic este un șanț longitudinal , paronihie sau o formă de limbă de clubbing (Figura 11-16). În boala Ollier, apar leziuni multiple.

Provoacă fracturi patologice și apare pe radiografii ca un defect radiotransparent bine definit în diafiză sau metafiză (Figura 11-17). Biopsia relevă cartilaj hialin aranjat într-un model nodular la baza sau porțiunea mediană a falangei distale. Tratamentul implică chiuretaj și grefă osoasă, deoarece poate degenera într-un condrosarcom.

Exostoză subunghială

Strict vorbind, nu este o tumoră, ci o creștere excesivă a osului normal sau a cartilajului calcificat. Placa unghială se deformează și se ridică. Această leziune este dureroasă. Este foarte frecventă la tineri și este localizată în principal pe degetul mare de la picior.

Figura 11-16 Encondroma de la falange distal.

Figura 11-17 Encondroma: imagen radiolúcida.

Figura 11-18 Exostosis subungueal.

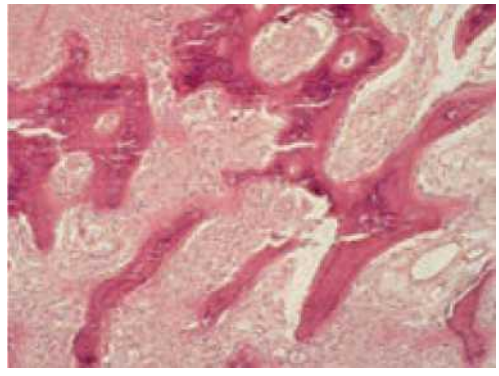


Figura 11-19 Exostosis subungueal: estudio histopatoló- gico (40x).

(Figura 11-18). Histopatologic, este o tumoră fibrocartilaginoasă cu os trabecular matur (Figura 11-19). Există puține calcificări sau osificări (Figura 11-20A). Excizia completă este procedura chirurgicală obișnuită.

Osteocondrom

Rară la nivelul mâinii și piciorului, afectează falangele din zona metafizară. Radiografiile arată proiecția osoasă prin cartilajul de creștere, care poate fi legată de traumatisme anterioare. Afectează atât bărbații, cât și femeile și se prezintă cu leziuni cu creștere progresivă. Durerea poate apărea atunci când structurile adiacente, cum ar fi unghia, sunt comprimate sau deplasate. Biopsia relevă cuiburi de cartilaj endocondral cu zone de osificare. Excizia tumorii cu chiuretajul bazei este importantă pentru reducerea recurenței. Monitorizarea radiografică postoperatorie este necesară pentru exciziile precoce.

Figura 11-20 ***A,*** exostosis: estudio radiológico, ***B,*** osteocondroma: estudio radiólogico.

Tumori vasculare

Angiokeratom

Apare ca o leziune nodulară, purpurie, asemănătoare tumorii, cu puncte negre la periferie. Histologic, se dovedește a fi un angiokeratom. Poate fi confundat cu melanomul (Figura 11-21).

Granulom piogenic

Aceasta este o tumoră vasculară solitară a pielii care apare ca o excrescență roșiatică ce poate ulcera. Este deosebit de frecventă pe mână. Este asociată cu traume și infecții. Poate dezvolta hemosiderină, care îi conferă o culoare maro (Figura 11-22). Trebuie diferențiată de melanom. Tratamentul constă în excizie, inclusiv marginile pielii sănătoase, și rasarea chirurgicală cu electrocoagulare a bazei. Trebuie avută grijă pentru a evita deteriorarea structurilor mai profunde.

Hemangioame

Leziunile pot apărea în primele patru săptămâni de viață, deși 30% sunt observă la naștere și 70 până la 90% în a patra săptămână. Faza de creștere rapidă durează de la 10 la 12 luni. În această perioadă, leziunea poate crește și poate căpăta o culoare roșu-purpuriu. În faza finală, leziunea regresează (în 70% din cazuri înainte de vârsta de 7 ani). Este mai frecventă la femei decât la bărbați (3:1). Leziunile care nu regresează sunt clasificate ca capilare sau cavernoase pe baza criteriilor histologice. Hemangioamele capilare neregresive sunt pete de vin de Porto sau nevus flammeus. Hemangioamele cavernoase neregresive au flux arteriovenos, care poate fi mare sau mic.

Radiografiile arată țesut umbrit care poate conține calcificări. Tomografia computerizată relevă margini bine definite; imagistica prin rezonanță magnetică și angiografia sunt, de asemenea, utilizate pentru a evalua dimensiunea acestuia.

Figura 11-21 Angioqueratoma.

Figura 11-22 Granuloma piògeno.

Tratamentul trebuie să fie conservator, având în vedere involuția spontană înainte de vârsta de 7 ani. Complicațiile pot include sângerări, infecții și ulcerații. Sindromul Kasabach-Merritt a fost asociat cu hemangioame, precum și cu coagulopatie secundară sechestrării plachetare în cadrul hemangiomului. În cazurile de infecții recurente și ulcerații, este justificat tratamentul chirurgical cu ligatura vaselor principale. S-a utilizat laserul YAG. Prognosticul și ratele de recurență sunt legate de dimensiunea și gradul de afectare a țesutului subcutanat.

Tumora glomus

Reprezintă 1 până la 5% din toate tumorile mâinii, apărând cel mai frecvent între vârstele de 20 și 40 de ani. Este o leziune benignă care conține celule glomus responsabile de termoreglare. Aparatul glomus conține vase de sânge, cum ar fi canalul Sucquet-Hoyer, și diverse joncțiuni în pielea mâinii și sub unghie. Aproape 75% se găsesc în mâini, iar dintre acestea, 65% sunt situate la vârful degetului, în special în regiunea subunguală a primului sau celui de-al doilea deget. Triada clasică este hipersensibilitatea la rece, durerea paroxistică și punctele sensibile (puncte declanșatoare) care nu răspund la analgezice. Clinic, se observă o masă subcutanată în regiunea subunguală. Poate fi asociată cu modificări ale culorii patului unghial (Figura 11-23). Se clasifică în trei grupe de

leziuni: solitare, multiple dureroase și multiple nedureroase.

Pentru diagnostic se utilizează vitropresia, transiluminarea, testarea ischemiei și radiografiile. Rezonanța magnetică poate fi utilizată pentru a delimita tumora, iar ecografia Doppler pentru a detecta fluxul sanguin. Histologic, este o tumoră bine diferențiată, constând dintr-o arteriolă aferentă, canale vasculare căptușite cu endoteliu, înconjurată de celule cuboidale cu nuclei hipercromatici și citoplasmă palidă. Sunt prezenți atât nervi mielinați, cât și nemielinizați (Figura 11-24).

Tratamentul implică excizia. După îndepărtarea cu grijă a unghiei, se examinează matricea unghiei din cauza unei rate ridicate de recurență (până la 20%). Simptomele persistente necesită examinări suplimentare, deoarece acestea pot indica leziuni multiple.

Negi

Aceste infecții cu papilomavirus uman afectează dosul mâinilor și degetelor, dar pot fi și periunghiale sau subunghiale (Figurile 11-25, 11-26 și 11-27). Diagnosticul

Figura 11-23 Tumor glómico.

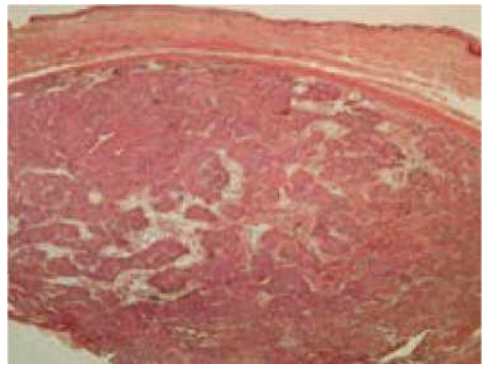


Figura 11-24 Glomo: histopatología (40x).

Figura 11-25A Verruga periungueal.

Figura 11-25B Verruga periungueal en paciente inmunocomprometido.

Diagnosticul este clinic, dar în cazuri atipice poate fi necesară o biopsie. Histopatologia relevă parakeratoză columnară, hipergranuloză cu granule de keratohialină mărite și unele keratinocite cu halou perinuclear. Epiderma poate prezenta acantoză neregulată, papilomatoză și procese interpapilare îndreptate spre centru (Figura 11-28).

Tratamentul depinde de vârsta pacientului, de dimensiunea și de localizarea tumorii. Trebuie evitate traumatismele patului unghial și ale matricei. Tratamentele au inclus creme care conțin acid salicilic și lactic, plasturi keratolitici, criochirurgie, electrofulgurație, excizie chirurgicală și terapie cu laser.

Chirurgie pentru tumori benigne

Există diferite tehnici de abordare și tratare a tumorilor care afectează aparatul unghial. În primul rând, trebuie identificată localizarea tumorii pentru a planifica abordarea la efectuarea biopsiei sau, dacă este posibil, excizia completă a leziunii . Dacă tumora este localizată în pliul periungual lateral, se poate efectua o biopsie longitudinală care include cea mai mare parte a tumorii (de exemplu, în fibromul digital dobândit, în

Figura 11-26 Verrugas virales múltiples.

Figura 11-27 Verruga subungueal gigante.

Figura 11-28 Verruga viral: histopatología (HE 40x).

Figura 11-29 Esquema del procedimiento quirúrgico en paroniquia y cicatrización por segunda intención.

un nev joncțional situat pe marginea laterală a plăcii unghiale, așa cum se vede în Figurile 12-2 și 12-3).

Dacă leziunea este localizată în pliul proximal sau în cuticulă, aceasta poate fi rezecată în formă de semilună (ca în tratamentul paronihiei cronice), cu o lățime de până la 4 mm, permițând închiderea ei prin intenție secundară, obținându-se astfel rezultate cosmetice bune (Figura 11-29).

Dacă tumora este localizată în zona matricei proximale, sub pliul unghial proximal, trebuie ridicat un lambou prin efectuarea a două incizii unghiale pe fiecare parte a cuticulei și ridicarea pliului pentru a expune întreaga placă unghială. Odată expusă, placa unghială trebuie ridicată ca o carte (adică, pe o parte, pentru a expune complet matricea proximală și distală). Acest lucru permite vizualizarea clară a tumorii sau identificarea oricăror anomalii care pot ajuta la determinarea locului adecvat pentru biopsie în scopuri diagnostice. Placa unghială este apoi repoziționată, iar zona incizată este suturată cu nailon 5-0 (Figura 11-30).

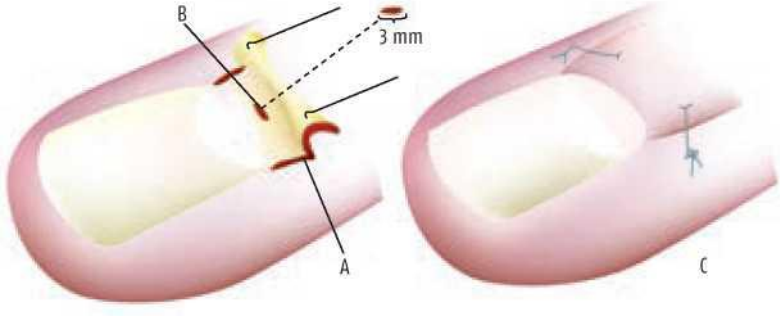


Figura 11-30 escisión de piel, continuando por el pliegue ungueal lateral en dirección proximal. ***B***, disección de pliegue ungueal proximal para visualizar la matriz ungueal y realizar biopsia transversal. ***C***, derecha: recolocación del pliegue ungueal proximal y sutura.

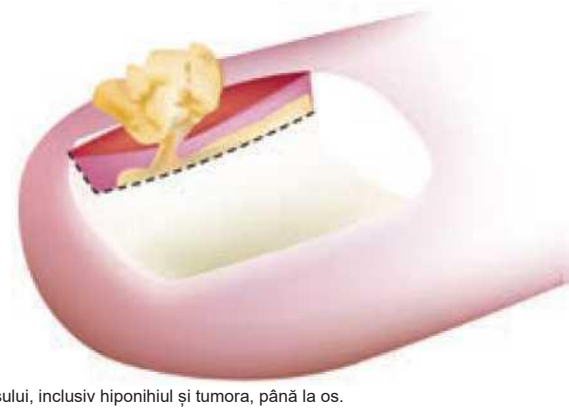


Figura 11-31 Designul fusului, inclusiv hiponihiul și tumora, până la os.

Când tumora este localizată în patul unghial, ca în cazul tumorilor glomus, fibroamelor sau hemangioamelor, aceasta poate fi rezecată cu o incizie longitudinală de maximum 3 mm lățime. Aceasta previne cicatrizarea și, prin urmare, onicoliza permanentă (Figura 12-6).

Dacă tumora este localizată sub patul unghial (adică în țesut moale sau os), abordul se poate face prin incizie în hiponihiu, la 2 sau 3 mm de marginea liberă a unghiei, și disecție până la depistarea tumorii (Figura 11-31); dacă este vorba de un osteocondrom care crește prin patul unghial, abordul trebuie să se facă prin acesta, cu rezecția completă a leziunii osteocartilaginoase și chiuretajul patului unghial, pentru a preveni recidiva.

Este important să se păstreze arhitectura patului unghial cât mai mult posibil pentru a evita defectele cosmetice permanente. Dacă întreaga placă unghială, sau o parte a acesteia, este îndepărtată, aceasta trebuie repoziționată pentru a acționa ca un element de compresie hemostatică și ca o atelă pentru a ghida corect creșterea noii unghii și a preveni creșterea excesivă a țesutului periungual de către unghiile încarnate.

Tumori maligne

Tumori dermice

Dermatofibrosarcom protuberans

Acesta este un sarcom dermal de grad scăzut, rar întâlnit la nivelul mâinii. Apare ca o leziune subcutanată asimptomatică, roșu-purpuriu, în urma unui istoric de traumatisme. Crește lent și, dacă nu este tratată, poate duce la leziuni nodulare multiple. Are răspândire laterală, dar poate invada structurile profunde și poate ulcera. Metastazele sunt rare.

Tratamentul constă în excizie chirurgicală cu o margine de 3 cm. Radioterapia este indicată pentru marginile pozitive, dar majoritatea autorilor recomandă rezecția pentru a reduce posibilitatea recidivei locale. Chirurgia Mohs a fost indicată datorită extinderii masei tumorale și a ratei sale ridicate de recurență.

Figura 11-32 Sarcom Kaposi periunghial clasic.

Sarcomul lui Kaposi

Aceasta este o tumoră vasculară a celulelor endoteliale limfatice. Leziunea este asimptomatică, are aspect nodular și o culoare violacee. Este însoțită de edem (Figura 11-32). Varietatea clasică este mai frecventă la evreii din Europa de Est; cu toate acestea, există o varietate endemică în Africa, o varietate iatrogenă datorată imunosupresiei și sarcomul Kaposi epidemic legat de SIDA. (Acesta din urmă este mai agresiv, cu diseminare la organele interne.)

Tratamentul constă în radioterapie, criochirurgie, laser sau excizie primară.

Tumorile glandelor sudoripare

Sunt rare la nivelul mâinilor. Au fost descrise ca fiind carcinom ecrin în zona periunghială. Se manifestă ca o leziune asimptomatică, cu creștere lentă, la pacienții vârstnici. Sunt de obicei invazive local, iar rata metastazelor este necunoscută, deoarece sunt foarte rare.

Tratamentul constă în excizie locală largă cu margini în țesutul sănătos. Nu răspunde la radioterapie sau chimioterapie.

Tumori epidermice

Carcinom bazocelular

Reprezintă 3 până la 12% din tumorile maligne ale mâinii. Factorii de risc includ expunerea cronică la soare, imunosupresia, expunerea la arsenic și sindromul Gorlin. Este foarte rară în regiunea subunguală și se prezintă ca o creștere exuberantă, ușor sângerândă, de un roșu aprins. În pliurile periunguale se observă o creștere translucidă, bine definită, cu margini sidefiate și telangiectazii. Sunt descrise următoarele tipuri: nodulară, superficială, infiltrativă, morfeaformă, pigmentată, bazoscuamoasă, adenoidă, chistică, keratotică și fibroepitelială. Culoarea variază datorită prezenței melaninei și a zonelor de necroză. Metastazele apar în 0,0028 până la 0,1% din cazuri. Opțiunile de tratament includ chiuretajul cu electrodisecție, criochirurgia și radioterapia. Tratamentul este excizia chirurgicală cu margini de 0,5 până la 1 cm. Chirurgia Mohs este indicată pentru tumorile mâinilor.

Carcinom cu celule scuamoase

Aceasta este cea mai frecventă tumoră malignă primară a mâinii. Reprezintă 75 până la 90% din tumorile maligne ale mâinii. Este de 2,5 ori mai frecventă la femeile cu vârsta cuprinsă între 50 și 70 de ani și este cea mai frecventă tumoră malignă a unității unghiale.

Factorii de risc includ expunerea la soare, traumatismele repetitive, infecția cu virusul papiloma uman (HPV) (tipurile 16, 34 și 35), expunerea la gudron, ingestia de arsenic, displazia ectodermică, expunerea la raze X, ulcerele cronice, imunosupresia și xeroderma pigmentosum. Poate fi ocupațională la medicii dentiști, tehnicienii radiologi și alte persoane expuse la doze mari de radiații la nivelul mâinilor. Poate fi invazivă sau *in situ* (boala Bowen).

Carcinomul scuamos este mai agresiv atunci când se dezvoltă în ulcere sau cicatrici de arsură. Există un risc mai mare la pacienții cu transplant și la persoanele imunocompromise, iar riscul este foarte ridicat în xeroderma pigmentosum. Tumorile apar de obicei ca excrescențe mici, ferme; suprafața poate fi neregulată, verucoasă și ulcerată (Figura 11-33). Este invaziv local și metastazează în peste 20% din cazuri. În patul unghial, poate provoca paronichie, onicocriptoză, onicomadeză, deformarea unghiilor și leziuni asemănătoare granuloamelor piogene. Poate fi însoțit de durere, sângerare, hiperkeratoză subunghială , onicomicoză sau melanonichie (Figura 11-34). Biopsia este esențială pentru confirmarea diagnosticului. Se observă o excrescență care se desprinde de epiteliu și este compusă din celule scuamoase pleomorfe cu atipie (Figura 11-35).

Tratamentele includ chiuretaj, electrocauterizare, crioterapie, radioterapie și altele. În cazurile de carcinom scuamos *in situ* , tratamentul de elecție este chirurgia micrografică Mohs; dacă aceasta nu este disponibilă, este important să se efectueze o excizie completă și largă a aparatului unghial, cu examinare intraoperatorie pentru a confirma marginile fără tumoră și un pat unghial curat; excizie cu margini de 1 cm. Plaga poate fi închisă direct, dacă este posibil, se poate aplica o grefă sau se poate lăsa să se vindece prin intenție secundară, care este completă în 4 până la 6 săptămâni.

Melanomul malign

Melanomul malign apare în aproape 3% din tumorile maligne ale mâinii. Poate afecta zona subunghială (2%) și poate provoca distrofie unghială. În 25% din cazuri, acestea sunt amelanotice și seamănă cu

Figura 11-33 Carcinoma epidermoide.

Figura 11-34 Carcinoma epidermoide.

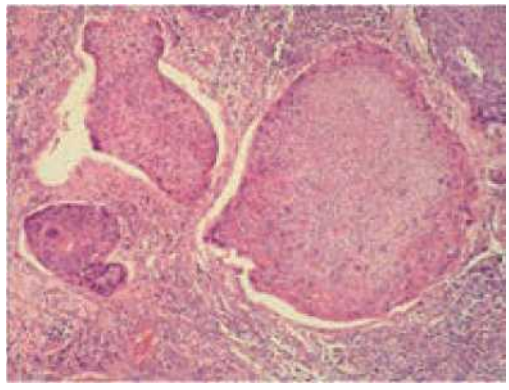


Figura 11-35 Carcinoma epidermoide: histopatología (40x).

Granulom piogenic. În stadiile incipiente, poate fi confundat cu onicomicoza. Afectează femeile adulte. Factorii de risc includ expunerea cronică la soare, un nev displazic anterior, pielea deschisă la culoare, antecedente familiale de melanom și nevi congenitali. Subtipurile includ melanomul , lentigo maligna, melanomul cu răspândire superficială, melanomul malign nodular și melanomul desmoplazic. O leziune care crește în dimensiune, cu modificări de culoare sau formă, margini neregulate și este mai mare de 0,5 cm este foarte sugestivă pentru melanom. În leziunile pigmentate sub unghii, pe patul unghial și fără traumatisme anterioare, trebuie efectuată o biopsie pentru a exclude melanomul malign subunghial (Figurile 11-36 până la 11-41).

În histopatologie, melanomul subungual este o formă de melanom lentiginos acral și, prin urmare, prezintă un model lentiginos cu pleomorfism, melanocite atipice, dendritice, individuale sau imbricate, bazale și suprabazale (Figurile 11-39 și 11-40).

Supraviețuirea în melanomul fără metastaze este legată de grosimea histologică a leziunii în milimetri sau grosimea Breslow. Această grosime este măsurată de la stratul granular al epidermei sau baza ulcerului până la adâncimea tumorii. Grosimea Breslow este clasificată în patru grupe:

Figura 11-36 Melanoniquia estriada por melanoma.

Figura 11-37 Signo de Hutchinson.

Figura 11-38 Melanoma maligno tumoral.

- Grupa 1: invazie mai mică de 0,76 mm.
- Grupa 2: adâncime de 0,76 până la 1,5 mm.
- Grupa 3: invazie de 1,51 până la 3 mm.
- Grupa 4: invazie mai mare de 3 mm.

Tratamentul primar este chirurgia excizională largă, cu o marjă de 1 cm pentru fiecare milimetru de invazie sau amputație. Implicarea dermatologului este crucială pentru diagnosticul precoce și tratamentul chirurgical. În mâinile experților, acuratețea diagnosticului clinic în stadiul inițial este de 80 până la 90%, iar boala este vindecabilă. În general, se recomandă margini de 0,5 până la 1 cm pentru melanomul *in situ ;* 1 cm pentru leziuni cu o adâncime mai mică de 1 mm (grosimea Breslow); 1 până la 2 cm pentru melanomul cu o grosime de 1,01 până la 2 mm; și 2 până la 3 cm pentru leziuni cu o grosime mai mare de 2 mm.

Deși există aceste recomandări, nu au fost stabilite margini chirurgicale optime. Uneori, melanomul este mai extins decât zona de pigmentare. Dacă este vorba de melanom malign *in situ ,* amputarea nu este necesară, dar trebuie tratat ca orice melanom malign în orice altă parte a pielii; în ceea ce privește profunzimea, acesta trebuie să se extindă până la periost. Închiderea defectului se poate realiza cu o grefă sau cu un lambou încrucișat din degetul contralateral. Îndepărtarea ganglionilor limfatici palpabili sau pozitivi este esențială.

Figura 11-39 Abundante pigmento en KOH de raspado.

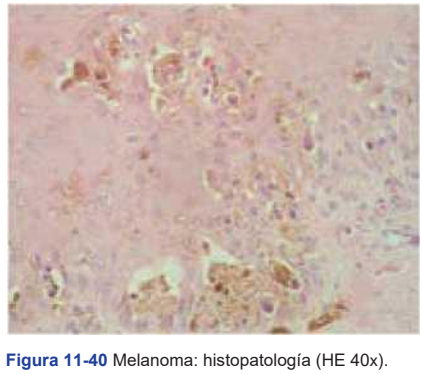


Figura 11-40 Melanoma: histopatología (HE 40x).

Keratoacantom

O tumoră cu evoluție rapidă. Afectează bărbații cu vârsta peste 40 de ani. Este solitară, cu un dop central de keratină care îi conferă un aspect vulcanic. Este localizată în patul unghial, provoacă onicoliză și poate fi dureroasă. Keratoacantom subungual, numit și keratoacantom digital distal, este o variantă rară și distructivă. Se poate observa o leziune nodulară keratozică cu semne inflamatorii, care imită pseudoparonichia. Există o rată mare de recurență și distrugere locală a osului subiacent cu tratamente ineficiente. Comportamentul său este similar cu cel al carcinomului scuamos de grad scăzut, deși unii autori consideră keratoacantomul subungual ca fiind mai agresiv; prin urmare, unele cazuri au fost tratate cu amputarea zonei afectate. Histopatologic, este foarte asemănător cu carcinomul scuamos. În timp, regresează; în caz contrar, este indicată excizia.

Tumori maligne ale oaselor și țesuturilor moi

Angiosarcom

O tumoră malignă și agresivă compusă din celule endoteliale neoplazice. Poate afecta persoane de orice vârstă și sex. Are o creștere lentă, cu necroză centrală și modificări la suprafața pielii.

Tratamentul constă în excizie locală largă.

Condrosarcom

Este cea mai frecventă tumoră malignă primară a mâinii. Își are originea în celulele cartilajului articulațiilor și poate apărea dintr-o leziune benignă anterioară, cum ar fi un encondrom. Este mai frecventă la bărbați (2:1) și se observă la persoanele cu vârsta peste 50 de ani. Metacarpul și falangele proximale sunt cel mai frecvent afectate. A fost raportată și în zona subunguală a celui de-al cincilea deget de la picior. Se prezintă ca o masă cu creștere lentă. Poate provoca simptome locale. Radiografiile arată o tumoră expansivă, calcificată, a falangei distale. Histopatologia demonstrează diferențiere condroidă, mitoză activă, celule gigante multinucleate, calcificare și necroză. Aproape toate sunt invazive local, dar metastazele pot apărea în peste 10% din cazuri, în principal la plămâni.

Tratamentul constă în excizie chirurgicală. Chimioterapia și radioterapia nu sunt eficiente.

Fibrosarcom

Aceasta este o tumoră fibroblastică malignă care își are originea în țesutul conjunctiv, cum ar fi fascia, periostul sau tendoanele. Clinic, apare ca o singură leziune moale care exercită efecte locale prin comprimarea structurilor adiacente.

Tratamentul este similar cu cel pentru tumorile maligne ale țesuturilor moi: excizie și radioterapie .

Histiocitom fibros malign

Aceasta este o tumoră malignă a țesuturilor moi cu focare de diferențiere a macrofagelor. Există puține raportări ale acestor leziuni la nivelul mâinilor.

Tratamentul constă în amputare sau radioterapie adjuvantă.

Leiomiosarcom

Aceasta este o tumoră malignă care își are originea în celulele musculare netede. Se observă rar la nivelul extremităților. Este o tumoră solitară, subcutanată, uneori lobulată, cu decolorare sau ulcerație.

După o stadializare adecvată, tratamentul include excizia cu chimioterapie și radioterapie. Supraviețuirea la cinci ani este de 70 până la 80%, cu metastaze frecvente la nivelul plămânilor.

Leiomiosarcom vascular

Își are originea în artere sau vene și a fost raportată la nivelul mâinilor. Se manifestă ca o tumoră edematoasă cu simptome locale.

Tratamentul constă în excizie largă. La 50% dintre pacienți, metastazele sunt prezente în momentul intervenției chirurgicale.

Limfangiosarcom

Aceasta este o tumoră malignă rară care apare la 0,1% dintre pacienții cu limfedem brațial după mastectomie radicală. Se manifestă prin multiple leziuni nodulare purpurice.

Excizia locală este cel mai bun tratament, dar are un prognostic rezervat.

Liposarcom

Subtipurile histologice includ cele bine diferențiate (mixoide, pleomorfe și cu celule rotunde) și cele nediferențiate. Clinic, poate fi confundat cu lipoamele cu creștere lentă.

După biopsie, trebuie efectuată o excizie largă sau o amputație urmată de radioterapie .

Rabdomiosarcom

Este rar întâlnit la nivelul extremităților superioare, dar este cel mai frecvent sarcom al țesuturilor moi din copilărie. Își are originea în mușchii scheletici și este împărțit în patru subtipuri : embrionar, botrioid, alveolar și pleomorf. Tipul alveolar este cel mai frecvent la nivelul mâinii și se prezintă ca o tumoră dureroasă. Paresteziile pot fi prezente din cauza compresiei nervului local. Există antecedente de traumatisme anterioare. Rata de supraviețuire este de 6%.

4 ani. Răspândirea la ganglionii limfatici locali și regionali este frecventă, cu metastaze la nivelul inimii, oaselor, plămânilor, pancreasului, ficatului și rinichilor. Diagnosticul precoce și rezecția chirurgicală sau amputarea, urmate de radioterapie și chimioterapie, îmbunătățesc prognosticul.

Sarcom cu celule clare

Acesta este un sarcom rar al țesuturilor moi, localizat în apropierea tendoanelor și aponevrozelor . A fost denumit „melanom malign al țesuturilor moi” și poate fi diagnosticat ca melanom metastatic. Agresivitatea sa este evidentă, cu invazia ganglionilor limfatici regionali; prin urmare, trebuie efectuată o biopsie a ganglionilor limfatici. Se recomandă o excizie largă.

Sarcomul Ewing

Este o tumoră osoasă malignă, rară, compusă din celule mici uniforme, de origine necunoscută.

Este frecventă în oasele lungi și foarte rar afectează mâna; atunci când se întâmplă acest lucru, afectează metacarpul și falangele. Se prezintă cu edem și durere care pot fi confundate cu o infecție. Simptomele sistemice apar devreme, însoțite de febră și leucocitoză . Poate metastaza la plămâni, creier și oase. Radiografiile relevă un model „stratificat" sau „în formă de coajă de ceapă", în care straturile circumferențiale reprezintă reacția periostală, cu leziuni litice la nivelul cortexului. Imagistica prin rezonanță magnetică poate fi utilă în definirea afectării osoase și a țesuturilor moi.

Opțiunile de tratament includ chimioterapia, radioterapia și intervenția chirurgicală. Prognosticul este rezervat pentru pacienții cu recidive locale.

Sarcomul epitelioid

Acesta este cel mai frecvent sarcom al țesuturilor moi ale mâinilor, dar este subdiagnosticat. Se manifestă ca o ulcerație a palmei sau a falangelor. Are tendința de a se răspândi proximal și prezintă un risc ridicat de metastaze la nivelul ganglionilor limfatici.

Pentru tratament, s-a sugerat disecția ganglionilor limfatici sau biopsia, chiar și fără afectarea clinică a ganglionilor limfatici. Excizia largă sau amputarea urmată de radioterapie oferă cele mai bune rezultate.

Sarcomul osteogenic

Numită și osteosarcom, aceasta este o tumoră osoasă extrem de malignă, caracterizată prin formarea de țesut osos neoplastic. Este cea mai frecventă tumoră osoasă malignă la copii și este rară la nivelul mâinilor și la pacienții cu vârsta peste 40 de ani. Afectează metacarpul și falangele proximale. Se manifestă ca formațiuni osoase noi, cu durere ușoară sau intermitentă. Pe măsură ce leziunea progresează, durerea se intensifică și limitează mișcarea articulațiilor adiacente. Radiografiile arată leziuni litice în jurul formațiunilor osoase noi. Periostul poate fi ridicat ca reacție la tumoră.

După confirmarea histologică, tratamentul constă în excizie locală largă sau amputație. Chimioterapia adjuvantă crește supraviețuirea și poate fi administrată înainte sau după intervenția chirurgicală.

Sarcom sinovial

Aceasta este o tumoră malignă a țesuturilor moi care își are originea într-o articulație, tendon sau bursă. Se manifestă ca o umflătură dureroasă adiacentă unei articulații, de obicei în carp. Leziunea poate avea o perioadă latentă prelungită cu creștere lentă sau o fază de creștere rapidă. Radiografiile arată calcificări în țesuturile moi. Până la 25% dintre pacienți dezvoltă metastaze la nivelul ganglionilor limfatici.

Tratamentul constă în excizie largă sau amputație, urmată de radioterapie, care reduce recidivele locale.

Tumoră malignă a tecii nervului periferic

Este de origine neuronală. Apare la 50% dintre persoanele cu neurofibromatoză. Crește în jurul și în interiorul nervilor periferici și se manifestă ca o tumoră subcutanată, de obicei dureroasă la atingere.

Este indicată excizie largă cu recurențe locale tipice.

Alte tumori maligne

Carcinomul cu celule Merkel

Se observă la persoanele cu vârsta peste 65 de ani, dar frecvența sa este foarte scăzută; au fost descrise puțin peste 400 de cazuri. Este un neoplasm rozaliu care invadează structurile profunde și predomină în zonele expuse la soare. Diagnosticul este confirmat prin histopatologie. Este un neoplasm agresiv cu un prognostic rezervat, cu o rată de supraviețuire de unu până la trei ani.

Excizia chirurgicală este tratamentul primar; cu toate acestea, recidiva locală apare în 40% din cazuri, afectarea ganglionilor limfatici în 55% și metastazele distale în 49%. Alte opțiuni de tratament includ excizia chirurgicală Mohs, chimioterapia sau radioterapia.

Metastaze la nivelul mâinilor

Tumorile metastatice ale mâinii sunt rare și provin din plămâni (40%), rinichi și cap și gât. Acestea pot apărea fără a se cunoaște în prealabil existența unei tumori primare . Metastazele tumorale la nivelul falangelor sunt cel mai adesea cauzate de carcinom bronhogen nediferențiat și, mai rar, de carcinoame ale sânului, colonului, rectului și rinichiului. Tabloul lor clinic imită o infecție acută sau cronică, iar diagnosticul se pune prin biopsie. Examinarea histopatologică este puțin probabil să dezvăluie focarul primar. Tratamentul include terapia tumorii primare și excizia metastazelor cu margini clare. Prognosticul este rezervat, deși au fost raportate intervale prelungite fără boală după o excizie adecvată.

Literatură

Baran R. *Sfaturi de bun simț pentru tratamentul anumitor afecțiuni ale unghiilor.* JEADV 2001,15:97-102.

Baran R, Mikhail G, Costini B, *et al.* Keratoacantom digital distal: două cazuri și o trecere în revistă a literaturii de specialitate. *Dermatol Surg ,* 2001;27:575-579.

Bardazzi F, Savoia F, Fanti PA. Lipom subungueal. *Br J Dermatol ,* 2003;149:418.

Betti R, Vergani R, Inseivini E, *și alții.* Carcinom scuamos subunghial care imită paronichia cronică. *European J Dermatol ,* 2000;10:149-150.

Chang P, Mazariego H, Chang G, Fernández Fernández V. Subungual glomus tumor. *Dermatología Cosmética Médica Quirúrgica ,* aprilie-iunie 2005;(2)3.

De Giorgi V, Salvini C, Sestini S *și alții.* Lipom al degetului: prezentare de caz și diagnostic diferențial. *Clin Exp Dermatol ,* 2005;30:439-440.

Dominguez-Cherit J, Roldan-Marin R, Pichardo-Velazquez *și alții.* Melanonihie, hiperplazie melanocitară și melanom unghial la o populație hispanică. *J Am Acad Dermatol ,* 2008;59:785-791.

Dominguez-Cherit J, Pichardo-Velazquez P, Cortes-Franco R. Evaluarea și tratamentul afecțiunilor unghiilor utilizând tehnici practice de chirurgie unghială. *Dermatologic Therapy ,* 2002;15:142-147.

Goldminz D, Bennet R. Mohs, Unitatea de Chirurgie Micrografică a Unghiei. *J Dermatol Surg Oncol ,* 1992;18:721-726.

Guitart J, Bergfel W, Tuthill RJ, Tubbs RR, Zienowicz R, Fleegler EJ. Carcinom scuamos al patului unghial: un studiu clinicopatologic a 12 cazuri. *Br J Derm ,* 1990;123:215-222.

Richert B, André J, Choffary A, *și alții.* Lipom periungueal: Aproximativ trei cazuri. *J Am Acad Dermatol ,* 2004;51(Supliment):591-593.

Sáez-de-Ocariz MM, Domínguez-Cherit J, García-Corona C. Chist epidermoid subungueal. *Int J Derm ,* 2001;40:524-526.

Sonnex TS. Chistul mixoid digital: o analiză. *Cutis ,* 1986;372:89-94.

Spencer J. Tumori maligne ale unității unghiale. *Dermatol Therap ,* 2002;15:126-130.

Torres González S, Ramos Garibay A, Lizárraga García C. Atypical glomus tumor. Revizuirea literaturii în legătură cu un caz. *Dermatología Rev Mex ,* 2006;50:109-114.

Vázquez-Flores H, Dominguez-Cherit J, Vega-Memije ME *și alții.* Osteocondromul subunghial: caracteristici clinice și radiologice și tratament. *Dermatol Surg,* 2004;30(7):1031-1034.

Wiemers S, Stengel R, Schopf E, *et al.* Keratoacantom subungual . *Hautarzt ,* 1994;45:25-28.

12
Biopsia unghiilor

- Josefina Carbajosa
- Heriberto Vázquez Flores

O biopsie a aparatului unghial este echivalentă cu una efectuată pe orice altă parte a pielii și poate fi foarte utilă pentru diagnostic. Se efectuează pentru a stabili sau confirma un diagnostic în leziuni benigne sau maligne și, în multe cazuri, pentru a îndepărta simultan orice neoplasm. Alegerea biopsiei are o influență directă asupra diagnosticului și a rezultatului cosmetic, ceea ce este de mare importanță în cazul unghiilor, mai ales dacă distrofia permanentă persistă. Este un instrument fundamental în cazurile în care un diagnostic exact nu a putut fi stabilit prin istoricul pacientului, tabloul clinic și studiile complementare. În mâini de experți, poate fi efectuată în siguranță și cu cicatrici minime.

În primul rând, trebuie efectuată o evaluare clinică; cu cât este mai mare suspiciunea de malignitate, cu atât este mai puternică justificarea efectuării unei biopsii excizionale. Aceasta are prioritate în prezența sechelelor distrofice. Dacă se suspectează o leziune benignă, trebuie aleasă o biopsie prin ras sau o biopsie prin punch.

O biopsie este justificată și în cazurile de unghie distrofică cu cauze congenitale sau dobândite, neoplazie sau boli infiltrative care afectează unghiile (Figurile 11-6B și 11-6C). De asemenea, este justificată pentru diagnosticul diferențial al onicomicozei cu boli inflamatorii precum psoriazisul, lichenul plan și alopecia areata. Prezența melanonichiei sau a benzilor pigmentate indică o biopsie datorită agresivității uneia dintre cauzele posibile, cum ar fi melanomul malign (Figurile 11-1 până la 11-5 și 11-37 până la 11-40).

Ca și în cazul biopsiilor efectuate în orice altă locație, pot exista și contraindicații, în special la pacienții cu boli vasculare periferice și diabet zaharat slab controlat; este o contraindicație relativă doar la pacienții imunosupresați. Biopsia unghială este o procedură specializată și necesită echipament chirurgical optim (Figura 12-1).

Tipuri de biopsie

Pentru recoltarea probelor se utilizează mai multe metode: bisturiul, biopsia cu punch și rasul. Acestea pot fi, de asemenea, împărțite în funcție de localizarea lor în aparatul unghial: biopsie a matricei unghiale , biopsie a patului unghial sau biopsie combinată (incluzând hiponihiul, paronihiul și placa unghială). În funcție de orientarea lor, pot fi transversale sau longitudinale, iar în funcție de componentele pe care le includ, pot fi biopsie a patului unghial sau biopsie en bloc (când este necesară o probă mare din toate componentele). Biopsia transversală poate avea două

variante: proximală

Figura 12-1 Instrumente chirurgicale pentru biopsia unghiilor. 1 și 2, perforatoare pentru unghii ; 3, mâner de bisturiu; 4 și 5, pense Adson, foarfece; 6, pense Castroviejo; 7, pense fine pentru iris; 8, pense pentru îndepărtarea suturilor; 9 și 10, mânere de bisturiu; 11, pense hemostatice fine; 12, elevator de unghii cu două capete; 13, clește de unghii.

sau distal, în funcție de zonă. Diferitele proceduri sunt ilustrate în diagramele din Figurile 12-2 și 12-3 și sunt descrise mai jos.

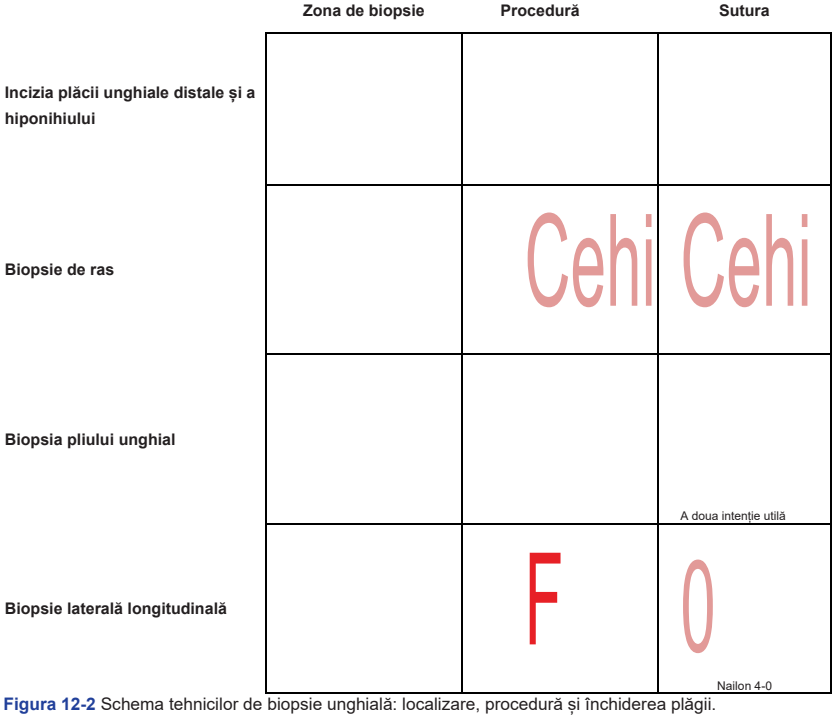


Figura 12-2 Schema tehnicilor de biopsie unghială: localizare, procedură și închiderea plăgii.

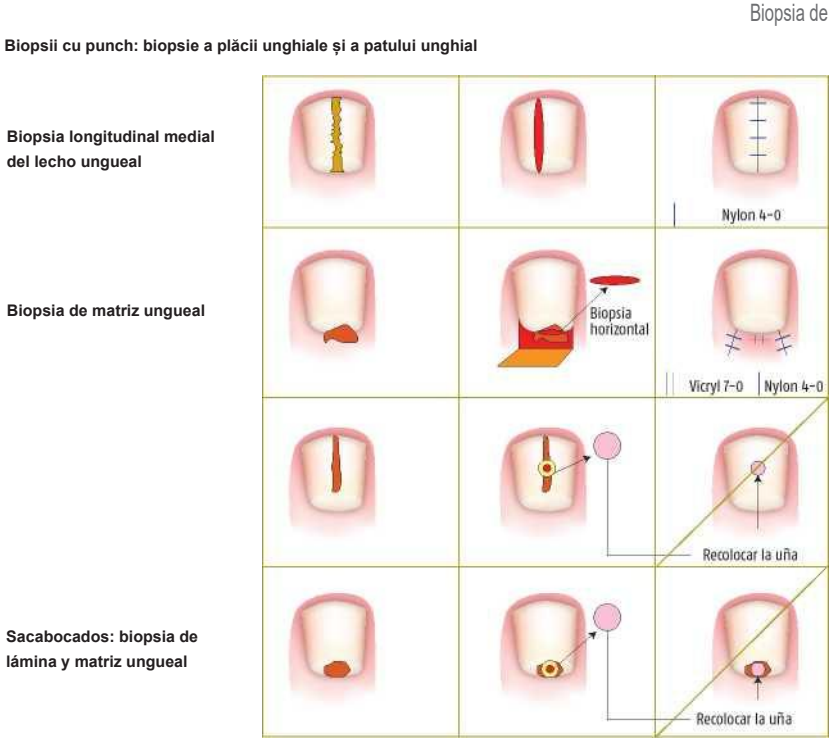

Biopsii cu punch: biopsie a plăcii unghiale și a patului unghial
Biopsia longitudinal medial del lecho ungueal
Biopsia de matriz ungueal
Sacabocados: biopsia de lámina y matriz ungueal
Nylon 4-0
Biopsia horizontal
Vicryl 7-0
Nylon 4-0
Recolocar la uña
Recolocar la uña

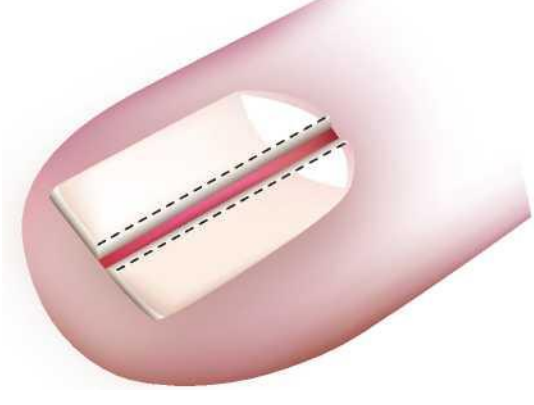
Figura 12-3 Esquema para técnicas de biopsia de uña: localización, procedimiento y cierre de herida.

Metodă conform diagnosticului clinic

1. *Incizia plăcii unghiale distale și a hiponihiului.* Această tehnică necesită foarfece sau o scobitoare. Este indicată în distrofiile distale, unde este nevoie de suficient material pentru a confirma sau exclude o infecție fungică. Este simplă, nu necesită sutură și nu lasă distrofie.
2. *Utilizarea unui perforator pentru unghii.* Când placa unghială este subțire, se taie cu un perforator pentru unghii, dar când unghia este îngroșată și dură, este util să se îmbibe placa unghială câteva minute înainte de procedură pentru a o face mai puțin traumatizantă și pentru a facilita obținerea unei probe adecvate pentru diagnosticarea onicomicozei, care afectează placa unghială, sau a bolilor inflamatorii, care afectează patul unghial. Se recomandă prelevarea de probe de 3 mm, deoarece acest lucru evită apariția distrofiei și oferă material suficient; poate fi folosit și pentru drenajul hematomului (Figurile 12-4 și 12-5).
3. *Biopsia pliului proximal al unghiei.* Pentru leziuni mici, se poate efectua o biopsie cu punch de 2 mm, permițând vindecarea zonei prin intenție secundară. Pentru leziuni mai mari, se pot face din nou incizii laterale ale pielii, se poate diseca pliul cutanat proximal și se poate expune zona pentru a obține țesutul. Aceeași metodă este utilizată pentru excizia tumorii în această locație. Ablația plăcii unghiale nu este necesară. Pentru sutură, se utilizează nailon 5-0 sau Monocryl. Monocryl și PDS sunt monofilamente absorbabile foarte ușor de manipulat, similare nailonului; sunt rezistente, dar mai scumpe.
4. *Biopsie prin ras.* Poate fi prelevată de la nivelul plăcii unghiale sau de la periferie și hiponihiu. Materialele necesare pentru această procedură sunt o lamă de bisturiu numărul 11 sau 15, o chiuretă fină (1 până la 2 mm), lame de sticlă și formalină 10%.

Figura 12-4 Eliberarea hematomului cu biopsie prin punch în **Figura 12-5 .**

5. *Biopsie longitudinală a patului unghial.* Trebuie făcută o incizie subțire peste placa unghială - pentru a facilita închiderea directă; patul unghial este apoi disecat până la os, inclusiv de la hiponihiu la matrice. Marginile inciziei sunt suturate la placa unghială. Ocazional, sunt necesare incizii laterale pentru a ameliora tensiunea (Figurile 12-6 până la 12-9). Indicațiile pentru această procedură includ diagnosticarea dermatozelor inflamatorii, tumorilor sau leziunilor care nu sunt tipice clinic.
6. *Biopsia matricei unghiale.* Aceasta se poate face și folosind un perforator de 5 până la 6 mm pentru a îndepărta placa unghială și un perforator de 3 până la 4 mm pentru biopsia matricei (Figura 12-10). După finalizare, perforatorul de 6 mm poate fi înlocuit pentru a acoperi



defectul. De obicei,

Figura 12-6 Biopsia longitudinal de lámina y lecho ungueal (anchura ma'xima 3 mm).

Figura 12-7 Cierre del defecto longitudinal con sutura a través de la uña y escisiones proximales para disminuir la tensión.

Figura 12-11 Biopsia y escisión subungueal lateral, que incluye uña y porción del pliegue ungueal lateral.

Figura 12-12 Biopsia longitudinal de uña y pliegue ungueal lateral.

Se fac incizii laterale și posterioare, creând o lambă de piele care este disecată cu grijă pentru a expune matricea unghiei. Leziunea este vizualizată, îndepărtată și apoi acoperită din nou cu aceeași piele, suturând inciziile paralele ale pielii cu nailon 5-0. Un dezavantaj este că materialul de sutură poate fi adesea insuficient. Dacă zona proximală a matricei nu este traumatizată, distrofia nu apare, dar placa unghială este mai subțire (de exemplu, dacă creșterea este în hiponihiu, este suficient să se taie o fâșie transversală distală, permițând unghiei să crească și să acopere defectul în câteva săptămâni). Incizia în formă de semilună, fără incizie a pielii, se utilizează atunci când leziunile sunt situate peste matricea unghiei.

8. *Biopsie longitudinală laterală.* Aceasta este cea mai utilă metodă pentru obținerea unei probe de țesut de calitate, deoarece include pliul unghial proximal, matricea, patul unghial și hiponihiul într-un singur bloc. Este la fel de utilă ca biopsia longitudinală mediană, dar evită defectul rezidual al unghiilor separate în centru (Figurile 12-11 până la 12-14). Incizia se face în partea din spate a pliului unghial lateral și trebuie să se extindă până la os, paralel cu unghia în sine, incluzând 3 până la 4 mm din placa unghială. Țesutul poate fi disecat cu un bisturiu folosind o lamă nr. 11 sau 15 cu mâner nr. 3 pentru a detașa ușor patul unghial sau cu o foarfecă dreaptă pentru iris. Apoi se suturează cu nailon 4-0 sau 5-0 sau monocril, luând placa unghială și reconstruind pliul unghial lateral.

Figura 12-13 Remoción del pliegue ungueal lateral con lámina ungueal.

Figura 12-14 Sutura de biopsia longitudinal de uña y pliegue ungueal lateral.

Biopsia leziunilor pigmentate

Melanonichia longitudinală poate imita melanomul (Figura 12-15); prin urmare, este important să se ofere o explicație detaliată a importanței biopsiei, în ciuda oricărei distrofii reziduale (Figurile 12-6 până la 12-9). Se recomandă o biopsie longitudinală, încercând să se includă întreaga grosime a benzii; când banda este mai groasă de 6 mm, este preferabilă o biopsie transversală directă a matricei. În cazurile de melanononichie totală, se poate efectua excizia en bloc, permițând unghiei să se granuleze prin intenție secundară, chiar dacă nu crește, deoarece această metodă îndepărtează întreaga matrice.

Management după biopsie

Biopsiile unghiale efectuate prin lovire cu pumnul sau rasul provoacă puțină durere. Se recomandă igiena zilnică și aplicarea unui antibiotic topic. În cazul biopsiilor longitudinale, se recomandă analgezice, alături de menținerea membrului afectat ridicat, repaus relativ și, dacă biopsia este la picioare, evitarea purtării încălțămintei timp de 8 până la 10 zile și aplicarea unui pansament de tifon pentru a preveni traumatismele accidentale.

Cum se manipulează proba de biopsie

Materialul de biopsie din această zonă este dificil de manipulat după intervenția chirurgicală, deoarece există structuri diferite care contrastează între duritatea plăcii unghiale și fragilitatea patului și matricei unghiale.

Figura 12-15 Melanonihie striată.

La nivelul degetelor, compresia mecanică a fluidului anestezic poate provoca disconfort atunci când se utilizează o cantitate prea mare; de obicei, 1 până la 2 cc pe fiecare parte sunt suficiente. Bupivacaina are avantajul de a oferi o anestezie excelentă timp de aproape 3 ore; deoarece începe să-și facă efectul la 15 minute după infiltrare, este util să o diluați cu lidocaină, care are un efect inițial mai rapid (15 până la 30 de secunde); în acest fel, se combină avantajele ambelor.

Epinefrina (adrenalina) nu trebuie utilizată la nivelul degetelor, deoarece există artere terminale și poate provoca necroza degetului sau a falangei, cu risc de modificări vasculare sau neurotrofice.

Tipuri de anestezie cu degetul

- *Blocarea nervului periferic* . Aceasta se poate efectua în zona distală a degetului, folosind un ac de calibru 30, începând la 2 sau 3 mm de pliul unghial proximal și lateral. Se poate efectua și exclusiv pe marginea laterală a unghiei, atunci când se operează doar pe această zonă. Dacă este necesară o mostră din vârful degetului, trebuie aplicat un punct suplimentar de anestezie în zona distală. Această metodă este practică și rapidă, deoarece anestezia își face efectul imediat.
- *Bloc local central distal.* La copii, în special la primele degete de la picioare, o singură injecție în pliul proximal, la nivel dorsal, permite anesteziei să ajungă la derm și lunulă, acoperind matricea unghiei și patul unghial. Această formă de anestezie este contraindicată dacă există un proces infecțios în regiunea terminală a falangei.
- *Bloc digital total (la bază)* . Acul se introduce la baza degetului mare, pe aspectul dorsolateral , pe ambele părți și în zona proximală a regiunii palmare sau plantare. La anestezia degetului mare, direcția acului trebuie ușor modificată deoarece nervii sunt situați pe suprafața plantară. Este recomandabil să se aplice anesteziculul în zona plantară și apoi să se repoziționeze acul spre suprafața dorsală. Este util să se încercuiască suprafața dorsală a degetului mare în formă de „centură” pe toată lungimea sa pentru a obține rezultate mai bune cu anesteziculul.
- *Blocuri metacarpiene și regionale.* Se recomandă instruire specifică în aceste tipuri de blocuri. Cunoașterea anatomică temeinică a extremității superioare sau inferioare, după caz, este esențială, pe lângă competența în tehnicile de bloc regional . Morbiditatea este ridicată atunci când se utilizează o tehnică necorespunzătoare. Anestezia regională este indicată pentru intervenții chirurgicale extinse, nu pentru biopsia unghială.
- *Anestezie generală.* Poate fi indicată la copii, pacienți cu boli sistemice care necesită monitorizare sau cu probleme psihiatrice sau neurologice care îi împiedică să coopereze.
- *Hemostază* . Se recomandă lucrul sub ischemie, care poate fi menținută fără riscuri la pacienții sănătoși timp de 30 până la 35 de minute și, ocazional, până la o oră, atâta timp cât nu există boli vasculare sau metabolice.

Un dren Penrose poate fi utilizat în jurul porțiunii distale a degetului, aplicând presiune cu o clemă. O metodă practică implică plasarea unei mănuși sterile pe mâna pacientului și tăierea vârfului care acoperă degetul afectat. Aceasta este apoi rulată în jos spre porțiunea inferioară a degetului, realizând o compresie adecvată pentru hemostază și creând simultan un câmp steril pentru biopsie. Odată ce procedura este finalizată, compresia (fie drenul Penrose, fie mănușa) este îndepărtată. Este normal să existe o oarecare sângerare atunci când degetul este eliberat din ischemie. Această sângerare poate părea inițial abundentă , dar va scădea în câteva minute. De fapt, acesta este un semn bun, deoarece permite evaluarea reumplerii capilare și asigură că degetul nu este lăsat netratat din greșeală. Dacă sângerarea nu scade, se poate aplica compresie timp de câteva minute sau se poate utiliza un agent hemostatic, cum ar fi soluția Monsel sau clorura de aluminiu.

Îngrijire postoperatorie

Se aplică un pansament din tifon tamponat și se poate folosi unguent antibiotic. Dacă procedura a fost efectuată la nivelul picioarelor, se recomandă ridicarea membrului afectat în primele 48 de ore pentru a preveni umflarea și durerea, favorizând astfel o recuperare mai rapidă. În cazul mâinilor, trebuie evitate activitățile care implică precizie sau apă, deoarece acestea ar putea leza zona operată. De asemenea, se recomandă respectarea acestor instrucțiuni timp de cel puțin 48 de ore.

Tifonul poate fi schimbat zilnic, iar zona trebuie spălată ușor cu apă și săpun. Dacă pacientul are un prag de durere scăzut, se recomandă analgezice în primele trei zile pentru a preveni disconfortul.

Complicații

Complicațiile sunt împărțite în timpurii și tardive. Complicațiile timpurii sunt legate de momentul procedurii , de anestezie și de efectul hemostazei. Sunt rare, de obicei cu riscuri gestionabile și trebuie rezolvate imediat. În unele cazuri, infecția poate apărea la câteva zile după procedură. În acest caz, trebuie administrat un antibiotic sistemic, iar îngrijirea rănilor trebuie să constea în curățarea corespunzătoare cu apă și săpun și aplicarea de unguente antibiotice sau antiseptice. Complicațiile tardive sunt minime, mai ales atunci când apar în patul unghial sau în zona periunghială.

Unul dintre cele mai importante motive pentru efectuarea unei biopsii a matricei unghiale este suspiciunea de melanom malign, care justifică posibilitatea rămânerii unui defect permanent - (Figurile 11-1 până la 11-5 și 11-36 până la 11-40). Este necesar consimțământul prealabil al pacientului înainte de efectuarea acestei proceduri . În cazul leziunilor benigne, este recomandabil să se minimizeze acest risc. De asemenea, trebuie luat în considerare raportul risc-beneficiu al acestui studiu, în special atunci când natura benignă a dermatozei nu o justifică.

Instrumente chirurgicale pentru chirurgia unghiilor

Instrumentele obișnuite pentru chirurgia dermatologică sunt aceleași cu cele necesare pentru chirurgia aparatului unghial. Un mâner de bisturiu numărul 3, lame de bisturiu numerele 11 și 15, o pensetă Adson fină, o foarfecă dreaptă și curbă pentru iris, o foarfecă pentru tăierea materialelor, un suport fin pentru ac și o pensetă hemostatică fină (Figurile 12-1 și 12-18).

Pe lângă acest echipament de bază, este recomandabil să aveți o spatulă pentru ridicarea plăcii unghiale (de exemplu, o spatulă dentară sau un elevator Freer pentru septul nazal); o foarfecă și o forfecă, mai ales dacă biopsia va implica os; și un retractor de unghii englezesc (acesta este foarte util deoarece are o maxilă plată și o maxilă tăietoare, permițând disecția rapidă și atraumatică a plăcii unghiale; maxilă tăietoare taie placa unghială într-o singură mișcare). Unghierele cu acțiune dublă pot tăia atât unghia, cât și osul, așa că sunt și ele utile.

Figura 12-18 Instrumente utilizate pentru biopsia unghiilor: mâner de bisturiu nr. 3; se pot folosi lamele 10-11 și 15; punch de unică folosință; foarfece fine; retractor de unghii; port-ac fin (Webster sau Olsen Hegar); pense Adson fine, dințate; pense Kelly fine, drepte.

Acest lucru este necesar, în special în cazurile de unghii distrofice și îngroșate. În special pentru biopsiile unghiale, sunt necesare perforatoare de unghii de unică folosință cu un diametru de 2 până la 10 mm.

Pentru hemostază, sunt necesare garouri Penrose și mănuși sterile suplimentare pentru a gestiona ischemia creată de plierea mănușii. De asemenea, sunt necesare seringi de 3 până la 5 cc și ace scurte și fine, de mărimea 30. Cele mai frecvent utilizate suturi sunt nailonul 00 și 00 pentru pliurile laterale ale pielii și suturile absorbabile 00 și 00, cum ar fi Monocryl sau Vicryl.

Baran R, Dawber RPR, de Berker DAR, Haneke E, Tosti A. *Boli ale unghiilor și tratamentul acestora,* ediția a 3-a. Oxford: Blackwell, 2001:425-514.

Barrera-Vigo MV, Tejera-Vaquerizo A, Mendiola-Fernández M, Cid J, Cabra-de Luna B, Haneke E. Nail Surgery. *Eur J Dermatol ,* 2000;10(3):237-241

Barrera-Vigo MV, Tejera-Vaquerizo A, Mendiola-Fernández M, Cid J, Cabra-de Luna B, Herrera-Ceballos E. Biopsia unghiilor: o metodă de diagnostic extrem de utilă. Studiu a 15 cazuri. *Actas Dermosifiliogr ,* 2008;99:621-627.

Brochez L, Verhaeghe E, Grosshans E, Haneke E, Pierard G, Ruiter D, Naeyaert JM. *J Pathol,* 2002:196(4): 456-66.

Herrera-Ceballos E. Biopsia unghială: o metodă de diagnostic extrem de utilă. Studiul a 15 cazuri. *Actas Dermosifiliogr ,* 2008;99:621-627.

McKay I. Elevator de unghii. *Lancet ,* 1973;I(7810):976.

Moossavi M, Scher RK. Complicații ale chirurgiei unghiilor: o trecere în revistă a literaturii de specialitate. *Dermatol Surg ,* 2001:27(3):225-228.

Ongenae K, Van De Kerckhove M, Naeyaert JM. *Dermatology ,* 2002;204(4):348-350.

Rich P. Biopsia unghială: indicații și metode. *DermatolSurg,* 2001;(3):229-234.

Rich P. Biopsie unghială. Indicații și metode *J Dermatol Surg Oncol ,* 1993;19(5):499-500.

Saez de Ocaríz MM, Arenas R, Frecvența onicomicozei unghiilor de la picioare la pacienții cu manifestări cutanate ale insuficienței venoase cronice. *Int J Dermatol ,* 2001;40:18-25.

Capítulo

13 Chirurgie unghiilor: onicocriptoză

• Judith Domínguez-Cherit

Definiţie

Onicocriptoza, sau unghia încarnată, este o afecțiune care implică placa unghială și țesuturile moi din jur. La capătul distal sau proximal, interacționează anormal cu pliurile unghiale, devenind încrustată și provocând inflamație, durere și uneori infecție. Afectează în principal primele degete de la picioare (Figura 13-1).

Date epidemiologice

Afectează de obicei adolescenții și adulții sub 30 de ani, cu o prevalență similară la ambele sexe. Se observă frecvent în clinicile de dermatologie generală și chirurgie dermatologică.

Etiopatogeneză

Este multifactorială. Se datorează unei disproporții între placa unghială, patul unghial și țesuturile periunghiale (adică unghia poate fi prea lată sau deformată, țesuturile periunghiale exuberante și cu țesut de granulație sau patul unghial mai îngust, așa cum se vede în Figura 13-2).

Figura 13-1 Onicocriptosis.

Figura 13-2 Onicocriptosis: tejido de granulación.

Figura 13-3 Esquema de arcos normales de pie, con los tres puntos de apoyo.

Figura 13-4 Onicocriptosis: deformidad en valgo del dedo gordo.

Factorii extrinseci includ utilizarea încălțămintei închise și microtraumatismele, precum și tăierea necorespunzătoare a unghiilor; factorii intrinseci includ elemente structurale care produc presiune între primul și al doilea deget de la picior, ca în cazul deformității în valgus abductiv a degetului mare (bunioni), dar și deformitatea în valgus extins (sau degetul hiperextins) poate cauza această afecțiune, din cauza traumatismelor repetate dintre placa degetelor și încălțăminte sau a pierderii dinamicii piciorului (arcul transversal și anteroposterior), cu devierea axei longitudinale a primului deget de la picior (Figurile 13-3 și 13-4). Hiperhidroza favorizează macerarea, care, la rândul său, facilitează pătrunderea microorganismelor și infecția secundară.

Complicațiile pot include durere, dizabilitate, infecții recurente și osteomielită . Probabil vor fi necesare teste suplimentare, cum ar fi culturi și teste de sensibilitate, o hemoleucogramă completă și radiografii.

Tratament

Tratamentul conservator implică schimbarea încălțămintei, tăierea corectă a unghiilor, aplicarea unui tampon de vată pe margini sau utilizarea unei cleme pe placa unghială. Cu toate acestea, este una dintre afecțiunile unghiilor care necesită corecție chirurgicală și, în unele cazuri, reprezintă o urgență dermatologică.

Clasificare

Poate fi clasificată în mai multe moduri, dar în scopuri terapeutice se împarte în infantilă, juvenilă, cu supracurbură și retronichie.

Onicocriptoza infantilă

Așa cum sugerează și numele, afectează copiii, care se pot manifesta de la vârsta de câteva luni până la vârsta preșcolară (Figurile 13-5A și 13-5B). Cele mai frecvente cauze sunt alinierea greșită a unghiilor și hipertrofia țesuturilor.

Figura 13-5A Onicocriptosis infantil.

Figura 13-5B Onicocriptosis en lactante.

În primul caz, corecția aparatului unghial ar trebui efectuată înainte de vârsta de doi ani; cu toate acestea, nu există date în literatura de specialitate care să specifice ce se întâmplă dacă corecția se face după această vârstă, deoarece nu se efectuează efectiv. Acest tip de afecțiune ar trebui corectat prin rotarea întregului aparat unghial. Se face apoi o incizie în formă de semilună la aproximativ 2 mm sub pliurile periunghiale laterale și hiponihiu. Patul periostal este detașat, iar odată ce întregul aparat este ridicat, acesta este aliniat paralel cu falanga distală și, în final, suturat cu nailon 5-0.

Acest tip de intervenție chirurgicală este rar efectuată deoarece părinții o resping adesea, deoarece nu provoacă disconfort în primele etape ale vieții; cu toate acestea, este important de subliniat că la adolescenți și adulți tineri este o cauză frecventă a onicocriptozei (Figura 13-6).

Când există hipertrofie a țesuturilor moi, piciorul sugarului este adesea plin, inclusiv degetele de la picioare și țesuturile lor periunghiale; prin urmare, acestea din urmă pot crește peste placa unghială. În plus, copiii prezintă adesea și koilonichie și o placă unghială foarte subțire, ceea ce ajută la înțelegerea modului în care apare onicocriptoza dintr-o perspectivă fiziopatologică. În aceste cazuri, este important de reținut

Figura 13-6 Onicocriptoză infantilă.

că tratamentul trebuie să fie conservator; intervenția chirurgicală este indicată doar atunci când alterarea unghiei provoacă o întârziere în dezvoltarea psihomotorie a copilului (târâre, mers).

Tratamentul conservator implică instruirea mamei să maseze țesuturile periunghiale de mai multe ori pe zi, cu mișcări spre exterior și spre jos. Rezultate pozitive vor fi observate după 1 până la 2 luni. De asemenea, este important de menționat că, dacă copilul nu trebuie să poarte încălțăminte închisă, cu atât mai puțin strâmtă, dacă nu merge încă (este o practică obișnuită în rândul pacienților să pună încălțămintea copiilor chiar înainte ca aceștia să meargă).

onicocriptoză juvenilă

Această formă de unghie încarnată este cea mai frecventă. Se observă de obicei la adolescenți, când nu le mai permit mamelor să le taie unghiile și încep să o facă singure. Apare atunci când, din greșeală, marginea distală a unghiei este tăiată într-o formă rotunjită, ceea ce face ca spiculele laterale ale unghiei să devină asemănătoare unor spini. În timp, se dezvoltă țesut inflamator acut și de granulație, iar mai târziu, dacă problema nu este rezolvată din timp, se dezvoltă țesut fibros și hipertrofic (Figura 13-6).

Când un pacient se prezintă cu un vârf unghial și țesut de granulație minim, procedura trebuie să fie simplă: vârful este îndepărtat și tăiat, iar țesutul de granulație este chiuretat. Vindecarea este permisă prin intenție secundară, iar pacientul este reexaminat după 15 zile. Dacă nu apar simptome, pacientul este ținut sub observație. În cazuri mai severe, trebuie luată în considerare matricectomia (pentru a reduce lățimea lamei unghiale) și chiuretajul cu sau fără tăierea țesutului de granulație. Dacă țesutul periungual prezintă edem, eritem și țesut de granulație, se efectuează matricectomia.

Onicocriptoză datorată supracurburii

Când este prezentă, problema curburii excesive a unghiilor poate fi ușoară, moderată sau severă. Apare de obicei la nivelul degetelor mari de la picioare, dar este frecvent observată și la nivelul policelui , în special la femeile care fac multe treburi casnice.

Acest tip de modificare provoacă dureri intense și uneori debilitante; prin urmare, este adesea necesară o intervenție chirurgicală de urgență. Procedura chirurgicală este matricectomia parțială bilaterală, prin îndepărtarea porțiunilor supracurbate. Grefele dermice pot fi efectuate și sub patul unghial sau matricectomia parțială cu rezecția osteofitului subiacent. Când supracurbarea este atât de severă încât provoacă un aspect de „trompetă sau călcâi", singurul tratament este matricectomia totală, care poate fi indicată și în onicogrifoza extremă (Figurile 13-7 și 13-8).

Figura 13-7 Uña en trompeta.

Figura 13-8 Onicogrifosis extrema.

Retronichia

Acest termen descrie unghia încarnată proximală, care apare atunci când unghia pătrunde în pliul unghial proximal și este însoțită de paronihie. Este legată de alinierea greșită a plăcii unghiale. Este descrisă la adulți, dar ar trebui să apară și la copii, deoarece este secundară unui traumatism sau

unui proces sistemic; provoacă o oprire bruscă a creșterii unghiei (Figura 13-9). Poate fi interpretată ca onicomadeză incompletă, deoarece unghia rămâne fixată distal de patul unghial și lateral de coarnele matriceale. Tratamentul constă în avulsia unghiei și tratament medical suplimentar.

Matricectomie

Tehnicile chirurgicale sunt proceduri definitive. Ischemia este indusă cu o bandă de cauciuc în jurul porțiunii proximale a degetului de la picior, iar porțiunea încarnată este rezecată, distrugând matricea unghiei din acea zonă (tehnica Hanecke) cu fenol 70%, hidroxid de sodiu 10% sau chiuretaj și electrocauterizare. Pentru a efectua această procedură, se administrează un bloc digital printr-un bloc inelar, dorsal sau intratendinos. Este important să se utilizeze doar cantitatea necesară pentru bloc, care este de 4 până la 5 ml per deget de la picior cu lidocaină simplă + bupivacaină (4:1). Apoi se aplică un garou, care nu trebuie lăsat pe loc mai mult de 15 până la 20 de minute; dacă pacientul este diabetic sau suferă de insuficiență vasculară, este recomandabil să se aplice doar pentru faza de fenolizare.

Folosind un clește de ridicat unghii sau o pensetă Kelly, marginile laterale ale plăcii unghiale se detașează, având grijă să nu se deterioreze patul unghial, pentru a evita onicoliza permanentă.

Marginea este luxată până când porțiunea proximală a laminei, situată sub cuticulă, este vizibilă (Figurile 13-10 și 13-11). Tăietura se face apoi folosind un clește adecvat (o lamă bontă și o lamă ascuțită).

În acel moment, este necesar să curățați și să uscați bine sângele, deoarece fenolul este inactiv la contactul cu acesta.

Pliurile laterale și proximale sunt protejate cu vaselină, apoi matricea este fenolizată timp de 3 minute folosind un tampon fin și gros . Fenolul este inactivat cu alcool 77% și acoperit cu un pansament gros.

Când problema este cronică și țesuturile periunghiale sunt deja hipertrofice, corecția trebuie să se concentreze pe reducerea țesutului respectiv, cu sau fără matricectomie;

Figura 13-9 Retronihie.

Figura 13-10 Matricectomie chimică. *A.* Retracția cuticulei și ligaturarea degetului de la picior; ***B.*** Separarea unghiei de patul unghial cu forceps; ***C.*** Forceps închis și rotație pentru îndepărtarea unghiei încarnate, tăierea spiculei cu un clește; *D. Fenolizarea **patului*** unghial și a matricei cu un tampon fin (tehnica Haneke).

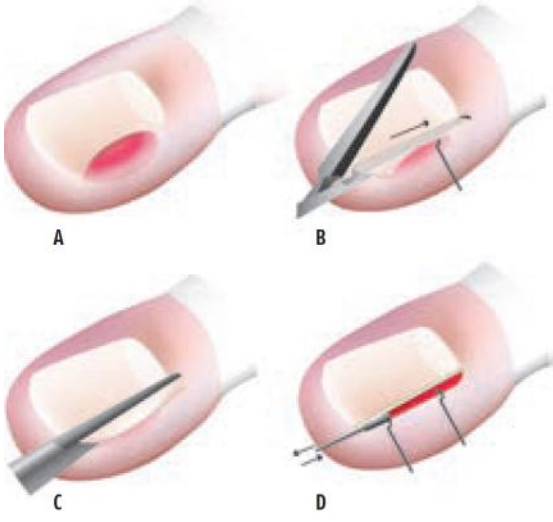


Figura 13-11 Extracción de la espícula.

Pentru aceasta se aplică tehnica Dubois, care constă în efectuarea unei incizii în formă de semilună în hiponihiu (gura de pește), dintr-o parte în alta a aparatului unghial, la 3 până la 4 mm sub marginea distală a unghiei; incizia se face până la os și se rezectează țesutul, suturându-se cu un punct simplu sau continuu (Figura 13-12).

Figura 13-12 Tehnica Dubois. ***A*** , se aplică un garou și se proiectează un fus la vârful degetului afectat, pentru a îndepărta pielea și țesutul celular subcutanat; ***B*** , închidere finală cu aproximare a pielii.

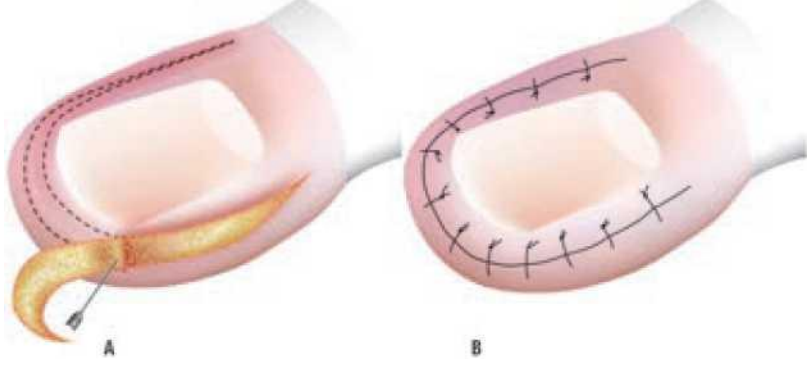


Figura 13-13 Matricectomie: rezultate incipiente.

Figura 13-14 Matricectomie: rezultate tardive.

Îngrijire postoperatorie

În toate cazurile, procedura este aceeași. Un pansament trebuie lăsat la locul său timp de 48 de ore, iar pacientul trebuie instruit să mențină membrul ridicat timp de cel puțin 48 până la 72 de ore. Acest lucru reduce semnificativ durerea postoperatorie.

Analgezicele trebuie administrate conform unui program stabilit în primele 48 până la 72 de ore și ulterior, după cum este necesar. Dacă există suturi, acestea se îndepărtează după 10 zile; antibioticele profilactice sunt indicate numai în cazurile de intervenții chirurgicale osoase (Figurile 13-13 și 13-14).

Literatură

Baran R, Bureau H. Aliniere necongenitală ca și cauză a unghiei de la picior încarnate la început. *Clin Exp Derm ,* 1983;8:619-623.

Baran R, Dawber RPR. Unghia în copilărie și bătrânețe. În: Baran R, Dawber RPR. *Bolile unghiilor și gestionarea lor.* Oxford: Blackwell, 1994:105-116.

Brown RE, Zook EG, Williams J. Corectarea deformității unghiei pensete prin grefare dermică. *Plats Reconstr Surg ,* 2000;105:1658-1661.

Ceilley RI, Collison DW. Matricectomie. *J Dermatol Surg Oncol ,* 1992;18(8):728-734.

Dawber RPR. *Boli ale unghiilor și tratamentul acestora.* Oxford: Blackwell, 1994:345-415.

De Berker DA, Richert B, Duhard E, Piraccini BM, Andre J, Baran R. Retronichia: Încarnare proximală a plăcii unghiale. *J Am Acad Dermatol ,* 2008;58:978-983.

García-Carmona FJ, Padín-Galea JM, Fernández-Morato D. Chronic onychocryptosis. *Piel ,* 2005;20(1):53-55.

Haneke E, Baran R, Brauner GJ. Chirurgia unghiilor și anomalii traumatice. En: Baran R, Zuber TJ, Pfenninger JL, Managementul unghiilor încarnate de la picioare. *Am Physician ,* 1995;52:181-190.

14
Cosmetice pentru unghii

- Heriberto Vázquez Flores
- Judith Domínguez Cherit

Unghiile sunt cea mai importantă parte a aparatului unghial; pe lângă funcțiile lor specifice, ele contribuie și la exprimarea estetică, în special la femei (Figurile 14-1 și 14-2). Din acest motiv, îngrijirea și încercările de înfrumusețare a acestora pot duce la probleme. Problemele cosmetice ale unghiilor pot fi legate de ingredientele produselor, procedurilor sau instrumentelor utilizate pentru înfrumusețarea unghiilor.

Tăietura trebuie făcută perpendicular pentru a evita afecțiuni precum onicoschizisul (Figura 3-12). Cuticula poate fi îndepărtată prin mijloace mecanice sau chimice (folosind alcali care distrug legăturile disulfidice din keratină). Ingredientul activ este de obicei hidroxidul de sodiu (2 până la 5%) sau hidroxidul de potasiu, cu propilen glicol sau glicerină ca umectanți și combinat cu uree; acestea se aplică timp de 10 minute. Instrumente precum un băț de portocală sau o spatulă de porțelan sunt folosite pentru a retrage cuticula. Dermatita de contact cauzată de iritanți poate apărea dacă este lăsată prea mult timp (Figura 14-3). Dacă cuticula este îndepărtată, așa cum se obișnuiește în manichiură și pedichiură,

Figura 14-1 Embellecimiento de uñas de manos.

Figura 14-2 Embellecimiento de uñas de pies.

Figura 14-3 Dermatită de contact periunghială.

Poate precipita formarea de paronichie, onicomicoză și onicodistrofie (Figurile 2-18 și 2-23); manipularea excesivă a cuticulei poate duce la leuconichie transversală, cu gropițe și șanțuri (Figurile 4-3 și 10-5).

Cosmeticele pentru unghii reprezintă o formă de exprimare personală influențată de tendințele modei generaționale. Sunt populare în rândul femeilor; cu toate acestea, utilizarea lor de către bărbați a crescut. Produsele și metodele pentru împodobirea unghiilor de la mâini și de la picioare includ oja, unghiile artificiale, manichiura și pedichiura, precum și tratamente cu diverse produse. Este necesar să se cunoască ingredientele și potențialele lor efecte adverse asupra pielii degetelor și unghiilor pentru a identifica problemele secundare. Tabelul 14-1 definește tipul de produs cosmetic utilizat, ingredientele sale și posibilele reacții.

Lacurile sau ojele de unghii sunt alcătuite din pigmenți organici și anorganici suspendați în solvenți volatili, care pot conține cantități mici de metale grele. Dermatozele asociate cu utilizarea lor includ modificări de colorare (care se ameliorează la întreruperea ojei): unghiile se pot îngălbeni sau se pot îngălbeni, ceea ce poate fi prevenit prin aplicarea prealabilă a unei baze (Figura 4-2). Dungile sau petele albe (pseudoleuconichie sau granulații de keratină) au un aspect similar onicomicozei albe superficiale (Figurile 9-6 și 9-24) și apar din cauza stratificării ojelor vechi aplicate timp de săptămâni. Ocazional, decolorarea unghiilor se datorează pigmenților exogeni utilizați la locul de muncă sau acasă (Figura 14-4). Prin urmare, răzuirea suprafeței unghiei facilitează diagnosticul și permite excluderea altor anomalii de pigmentare. Dermatita alergică de contact a aparatului unghial este rară; este mai frecventă în pliul proximal, cu eritem și edem, durere la nivelul vârfurilor degetelor și chiar dermatită la nivelul pleoapelor (Figura 14-3).

Întăritoarele pentru unghii sunt utilizate pentru a depăși slăbiciunea cauzată de deshidratare din cauza contactului excesiv cu solvenți, detergenți și apă. Produsele care conțin 10% sau mai multă formaldehidă pot provoca onicoliză, hiperkeratoză, hemoragie subunghială, decolorare și dermatită alergică de contact.

Tabelul 14-1 Cosmetice pentru unghii, ingrediente, funcție și reacții adverse.

Cosmetic	Ingrediente	Funcție	Reacție adversă
Strălucire	Nitroceluloză Plastifianți toluen-sulfonamidă-formaldehidă Solvenți Coloranți	Luminozitatea culorii	Pigmentare DAC pe foi de răşină
Întăritor	Formaldehidă, Acetat, Acrilice, Alte răşini	Crește rezistența unghiilor și previne ruperea.	DAC la formaldehidă
Dizolvant de ojă	Acetonă Alcool (etil, butil) Acetat	Îndepărtează oja	DCI
Îndepărtarea cuticulelor	Hidroxid de sodiu sau de potasiu	Distruge keratina și formează țesut cuticular excesiv.	DCI
Lac alb	Pigmenți moi	Culoare albă pe marginea liberă a unghiei	Nici unul
Albire	Peroxid de hidrogen	Îndepărtează pigmenții reziduali	DCI
Uscător de ojă	Ulei vegetal, alcool, derivați de silicon	Lacul se usucă repede.	Nici unul

ACD, dermatită alergică de contact. ICN, dermatită iritantă de contact.

Lentilele de contact pot fi ectopice și chiar legate de sângerări ale buzelor la pacienții cu onicofagie.

Dizolvantele de ojă sunt concepute pentru a îndepărta culoarea de pe unghii. Acestea pot conține solvenți puternici, cum ar fi acetona, alcoolul, acetatul de etil sau acetatul de butil și sunt, în general, formulate cu uleiuri sintetice. Se recomandă utilizarea lor o dată pe săptămână pentru a evita iritarea pliurilor unghiale sau provocarea onicolizei, uscăciunii unghiei și pierderii strălucirii în cazul onicoschizisului distal.

Figura 14-4 Pigmentarea prin vopsirea părului.

Unghii artificiale

Unghiile artificiale sunt folosite pentru a crea iluzia unor unghii mai lungi, folosind materiale plastice preformate, acril sau o combinație a ambelor (Figurile 14-5 și 14-6). Adezivul folosit pentru a lipi unghia artificială este metacrilatul; etil-2-cianoacrilatul este și mai puternic. Câteva tipuri de unghii artificiale sunt enumerate mai jos.

Cuie de plastic

Aceste tipuri de unghii erau cele mai populare acum câțiva ani. Sunt disponibile într-o mare varietate de stiluri, pre-vopsite sau albe, și în diferite dimensiuni pentru diferite degete. Se atașează cu un adeziv dublu-adeziv, fie metacrilat, fie cianoacrilat, inclus în pachet. Metacrilatul provoacă reacții alergice de contact, iar cianoacrilatul, care este mai puternic, poate provoca onicoliză și este, de asemenea, mai sensibilizant. Îndepărtarea sau desprinderea traumatică a acestor unghii poate provoca coroziune, onicoschizis sau ambele, precum și paronichie, dermatită periunghială, distrofie și anomalii ale unghiilor care pot dura luni de zile (Figura 3-12). Pot produce dermatită alergică sau iritantă, afectând fața, pleoapele și trunchiul.

Unghii sculptate

Acestea se numesc extensii deoarece sunt „sculptate” pe unghie, rezultând o unghie „la comandă” cu dimensiunea și forma dorite, făcând-o să pară mai naturală (Figurile 14-7, 14-8 și 14-9). Procedura este mai lentă și necesită mai mulți pași, care, în sine, pot deteriora unghia. Acest tip de unghie necesită mai multă grijă decât o unghie normală, deoarece, pe măsură ce unghia naturală crește, porțiunea proximală trebuie umplută pentru a preveni vizibilitatea neuniformității. Acest lucru trebuie făcut la fiecare 2-3 săptămâni. Este frecvent ca acestea să se ridice pe laterale. De asemenea, pot provoca defecte ale unghiei naturale, deoarece, după 2-4 luni de utilizare continuă, unghia devine îngălbenită, foarte subțire și uscată. Este recomandabil să nu purtați acest tip de unghie mai mult de 3 luni și să faceți o pauză de o lună.

Figura 14-5 Uñas artificiales bajo dermatoscopio.

Figura 14-6 Uñas naturales.

Figura 14-7 Unghii sculptate .

Figura 14-8 Unghii sculptate .

Figura 14-9 Unghii sculptate.

Reacțiile alergice pot dura 2 până la 4 luni de la prima aplicare. Primul simptom este mâncărimea patului unghial. Unghia devine uscată, îngroșată sau dezvoltă onicoliză. Placa unghială se subțiază, se aplatizează și își poate chiar schimba culoarea; durează luni până revine la normal. Pierderea permanentă a unghiilor este rară, la fel ca și parestezia prelungită. Poate provoca dermatită alergică de contact la distanță, afectând fața și pleoapele (poate din cauza atingerii feței cu mâinile).

Cea mai frecventă complicație a acestui tip de cosmetică este onicoliza, deoarece aderența unghiei artificiale la patul unghial este mai puternică decât cea a unghiei naturale (Figura 10-4). Se observă și distrofie permanentă din cauza deteriorării matricei unghiale, care poate fi secundară penetrării excesive a acrilicului prin pliul unghial proximal. În cazuri rare, poate apărea pierderea permanentă a unghiei.

Sculptarea unghiilor este o metodă inovatoare. Folosind o pensulă, se aplică acrilic transparent pe întreaga unghie sau doar pe vârfuri. Poate provoca dermatită alergică de contact din cauza - metacrilatului de metil și a altor ingrediente, care pot fi sensibilizatori, cum ar fi metacrilatul de izobutil, etil și tetrahidrofurfuril. O variantă a acestei proceduri este cunoscută sub numele de „sculptarea vârfurilor" *(unghii fotolipite),* sculptarea materialului textil sau fotosculptarea; în această metodă, acrilul se aplică pe unghie sub o lumină de magneziu timp de 1 până la 2 minute. În cazul acestei proceduri s-au raportat fotoonicoliză și parestezii. Acidul metacrilic poate provoca arsuri de gradul trei. Se recomandă utilizarea bicarbonatului de sodiu și a apei pentru a-l neutraliza.

Unghii cu gel

Gelurile de lustruire sunt produse preamestecate, cum ar fi acrilicele și cianoacrilații. Gelul se aplică cu pensula pe unghie, ca oja, și se întărește sub lumină vizibilă sau UV. Preparatele care conțin formaldehidă pot provoca modificări ale unghiilor, cum ar fi alterarea culorii unghiilor, de la roșiatică la albăstruie, cu durere asociată. Rezolvarea hemoragiilor produce o decolorare roșu-gălbui a unghiei. De asemenea, pot duce la paronichie, onicoliză, hiperkeratoză subunghială și uscăciune la vârful degetelor. S-a observat *pterigion* invers (ciuperca unghiilor), însoțit de durere intensă, care poate necesita utilizarea de corticosteroizi sistemici.

Boli înrudite

În ultima vreme, infecțiile dobândite în saloanele de înfrumusețare sau transmise de la unghiile artificiale au atras atenția; au fost raportate infecții cu *Candida albicans , Klebsiella* și *Pseudomonas sp. (Figurile 14-10, 14-11 și 14-12).* Aceste infecții au fost răspândite în sălile de operație, la terapie intensivă și chiar au contaminat corneele. Expunerea la substanțele utilizate în aceste saloane a fost asociată cu boli neurologice și astm, care au fost considerate chiar boli profesionale. Unele companii au retras de pe piață oftalații utilizați în plastifianții pentru lacuri, deoarece au fost demonstrate efectele lor teratogene.

Reacțiile la distanță cauzate de utilizarea cosmeticelor pentru unghii pot afecta pleoapele,

jumătatea inferioară a feței, părțile laterale ale gâtului și regiunea superioară a pieptului.

Dermatita alergică de contact transmisă prin aer este cauzată de oja de unghii și poate fi suspectată dacă sunt prezente leziuni simetrice pe față, gât și urechi. Cei mai comuni alergeni din oje sunt rășinile toluensulfonamidă formaldehidă. Nichelul adăugat în oje pentru a le menține starea lichidă poate provoca reacții la distanță și onicoliză izolată.

În cazuri rare, pot apărea efecte secundare sistemice în cazul cosmeticelor pentru unghii. Ingerarea dizolvantului de ojă poate duce la intoxicație cu acetonă. Inhalarea dizolvantului de ojă care conține toluen și acetat alifatic (de exemplu, acetat de etil) poate provoca depresie a sistemului nervos central și senzație de apăsare în piept. Dizolvantul de ojă este inflamabil.

Methemoglobinemia a fost raportată la copii cu vârsta cuprinsă între 13 și 27 de luni după ingerarea unor cantități mici de soluții pentru dizolvarea unghiilor artificiale care conțin nitroetan sau N,N-dimetiltoluidină.

Măsuri terapeutice

Cremele hidratante sunt indicate pentru unghiile uscate, crăpate, casante sau cu creste. O unghie sănătoasă conține aproape 16% apă și devine mai moale cu o saturație de 30%. În general, se utilizează creme sau loțiuni ocluzive care conțin vaselină, ulei mineral sau lanolină, putând fi adăugate glicerină, propilen glicol și proteine. Ingredientele active sunt alfa-hidroxiacizii, acidul lactic și ureea, care sunt utilizate pentru a crește retenția de apă în unghie, dar pot irita sau provoca dermatită de contact la persoanele sensibile. (Răni la mâini)

Figura 14-10 Onicoliză și discromie de *Pseudomonas* sp.

Figura 14-11 Paronihie *Candida* sp.

Figura 14-12 Abces periungual de *Candida* sp.

Figura 14-13 Onicólisis trauma'tica.

Figura 14-14 Eliminación de la parte laminar con onicólisis.

Concentrațiile mari ale acestor produse pot agrava fisurile cuticulelor. Aceste produse cosmetice funcționează cel mai bine dacă unghiile sunt înmuiate timp de 10 până la 20 de minute în prealabil și dacă sunt aplicate noaptea, folosind un tratament ocluziv cu mănuși.

Suplimentele orale de biotină pot ajuta în tratamentul unghiilor fragile , dar nu există dovezi favorabile pentru tratamentul deshidratării unghiilor cu preparate topice de biotină, gelatină, calciu, fier, extracte botanice și biologice.

Sunt menționate cosmeticele cu efecte terapeutice care pot reduce ruperea unghiilor, pot crește creșterea unghiilor și pot preveni infecțiile . Produsele concepute pentru întărirea unghiilor pot conține substanțe precum fierul sau calciul, aplicate înainte sau după oja. Numărul de straturi ajută la îngroșarea unghiei, promovându-i rezistența. Lacurile de creștere a unghiilor conțin materiale fibroase, cum ar fi proteina de mătase , care oferă suport suplimentar. Produsele concepute pentru infecțiile unghiilor conțin 1% tolnaftat ca ingredient activ sub formă lichidă, care se aplică pe unghie. În cazurile de onicoliză, este necesară îndepărtarea zonei afectate, fie prin îndepărtare chimică cu uree 40%, fie prin ablație chirurgicală (Figurile 14-13 și 14-14).

Literatură

Adams RM, Maibach HI. Un studiu de cinci ani privind reacțiile cosmetice. *J Am Acad Dermatol ,* 1985;13(6): 1062-1069.

Baran R, Andre J. Efectele secundare ale cosmeticelor pentru unghii. *J Cosmet Dermatol ,* 2005;4(3):204-209.

Barnett JM, Scher RK, Taylor SC. Cosmetice pentru unghii . *Clinicile Dermatol ,* 1991;9:9-17.

Fisher AA. Reacții adverse la nivelul unghiilor și parestezii cauzate de unghiile sculptate din acrilat fotolipite. *Cutis ,* 1990;45:293-4.

Fisher AA. Reacții încrucișate între monomerul de metacrilat de metil și monomerii acrilici utilizați în prezent în preparatele acrilice pentru unghii. *Dermatită de contact ,* 1980;6:345-347.

Gupchup GV, Zatz JL. Caracteristicile structurale și permeabilitatea unghiilor umane. O recenzie. *J Cos Scien ,* 1999;59(6):363-385.

Mast R: Produse pentru unghii. En: Whittam JH (ed.). *Siguranța cosmeticelor: un ghid pentru oamenii de știință specializați în cosmetică* . Nueva York: Marcel Dekker, 1987:265-313.

Scher RK, Daniel III CR. Unghii. Diagnostic, terapie, chirurgie, ediția a 3-a. China: Elsevier, 2005:221-227.

Schlossman ML. Rășini pentru unghii și smalț. *Cosmet Technol ,* 1979;1:53.

Tosti A, Buerra L, Vincenzi C, *și alții.* Sensibilizare de contact cauzată de rășina de toluen sulfonamidă formaldehidă la femeile care utilizează produse cosmetice pentru unghii. *Am J Contact Dermat,* 1993;4:150.

Wallis MS, Bowen WR, Guin JD. Patogeneza onichoschiziei (distrofiei lamelare). *J Am Acad Dermatol* , 1991;24(1):44-48.

Wing HJ. Cosmetice . În: De Navarre MG (ed.). *Chimia și fabricarea cosmeticelor ,* ediția a 2-a. New York; Wheaton Illinois: Allured Publishing, 1988:994-996.

Index alfabetic

Notă: Numerele de pagină urmate de litera *f* corespund figurilor;
cele urmate de *c* indică tabelele.

LA

Ulei vegetal, 174
Acid periodic-Schiff (PAS), 113 Acrommie vitiligo acral, 46 *f*
Acrokeratoză paraneoplazică sau sindrom Bazex, 48
Alcool, 116, 174 *c*
Alopecia areata, 49
Gudroane, 145
Modificări traumatice și de contact ale unghiilor, 125-130
secundar factorilor ocupaționali și postchirurgicali, 127
modificări ale iritației, 127 cicatrici și aderență slabă sau
onicoliză în placa unghială nou formată, 128 distrofie
unghială, 128 unghie încarnată anterioară și distală, 129
hematom, hematom al cuticulei prin oximetru, 128
hematom subunghial , 128 imersie prelungită în apă, 127
microhematoame ale pliului unghial proximal, 128
Pahionichie cauzată de extracția unghiei, 129 *f*
utilizarea unghiilor ca pensete, 127 secundară utilizării
cosmeticelor, 125 deteriorarea suprafeței unghiei de către
unghiile artificiale, 127 *f*
eczemă periunghială și șanțuri transversale -
secundare , 126 fonicoliză de lac de unghii, *126*
pigmentare lac, 126 *f*
șanțuri transversale de la manichiură, 127 semne
clinice, 129
Anemie, 35, 75
Anemia falciformă, 75 pernicioasă, 75 din cauza deficitului
de fier, 66 Unghiul lui Lovibond, 21, 21 *f* Anonichia, 35, 50, 61
Anorexia nervoasă, 22 Antimalarice, 32 Aparat unghial, 10
anatomie, 1
alimentare vasculară, 4
Bandă onicodermică, 3 corpi glomici, 5 hiponihiu, 3-4
inervație, 5 lamă unghială, 2 patul unghial, 2, 3 limfatice, 5
lunulă, 4 matricea unghială, 4 pliuri unghiale, 3 embriologie,
1 structură anatomică, 4 *explorare* , 10-19
mucoase, 10 fire de păr, 11 piele, 11 transiluminare,
10, 10 *fiziologie* , 5
Arsenic, 39 de ani
Artrită reumatoidă, 25, 34, 35 Atrofie idiopatică a unghiilor, 51
Atrofia unghială idiopatică *(continuare)*
tablou clinic, 51 definiție, 51 diagnostic, 51
boli veziculare, 51 tratament, 51

B.

Beau, linii de, 20, 25 Biopsie unghială, 153-164
Anestezie și hemostază, 160 per bloc digital, 160 /
vascularizare digitală, 160
cum se manipulează proba, 159 complicații, 162
Control postoperatoriu la 6 luni, 157 / îngrijire
postoperatorie, 162 a leziunilor pigmentate, 159
melanonichie longitudinală, 159
a matricei, 156 cui, 153
într-un perforator, 157 /
a pliului unghial, 155
incizia plăcii unghiale distale și a hiponihiului, 155
Instrumente chirurgicale pentru chirurgia unghiilor, 162
longitudinal lateral, 158 longitudinal al patului unghial, 156
și al plăcii (lățime maximă 3 mm), 156 /
manipulare după, 159
metodă conform diagnosticului clinic, 155
prin bărbierit, 154 / tipuri de, 153 anestezie la nivelul
degetelor, 161 cu bisturiu, punch și bărbierit, 153 utilizarea
punchului, 155
eliberare de hematom cu, 155, 156 / Bleomicină, 19
Brahionichia, 11, 13

Bronșită, 2
Busulfan, 19 ani

C.

Candida albicans, 44
Carcinom bazocelular, 8, 131

bronhogenic la bărbați, 22
epidermoid, 8
Caroteni, 44
Ketoconazol, 19
Sindromul Christ-Siemens-Touraine, 82 Ciclofosfamidă, 19
Cidovudină, 19 ani
Chirurgia unghiilor: onicocriptoză, clasificare 165-171, 166
la sugari 167 /
copii, 166, 167 /
juvenil, 167, 168
din cauza supracurburii, 166, 168
unghie în formă de trompetă, 168 / onicogrifoză extremă, 168 / retronihie, 166
îngrijire postoperatorie, 171
Matricectomie, rezultate tardive, 171 / rezultate timpurii, 171 /
Date epidemiologice, 165
definiție, 165
etiopatogeneză, 165
deformitate în valgus a degetului mare de la picior, 166 / țesut de granulație, 168 matricectomie, 168
Extracția spiculelor, 170 / tehnică, de Dubois, 170 / Haneke, 170 /
tratament, 166
Koilonichia sau unghii linguriță, 8 /
Cosmetice pentru unghii, 44, 172-179
artificial, 175, 175 /
de gel, 176
175 fabricate din plastic
sculptat, 175, 176 /
onicoliză, 176 prurit la nivelul patului unghial, 176 reacții alergice, 176
depresia sistemului nervos central, 177 dermatită de contact periunghială, 173 / înfrumusețarea unghiilor mâinilor, 172 picioare, 172
Boli înrudite, 176 abces periunghial cauzat de *Candida* sp., 177 / astm, 177 dermatită alergică de contact transmisă prin aer , 177
efecte secundare sistemice, 177 boli neurologice, 177
intoxicație cu acetonă, 177 onicoliză și discromie cauzate de pseudomonas, 177 /
Paronichia cauzată de *Candida* sp., 177 / ingrediente, funcție și reacții adverse, 174 *c*
peroxid de hidrogen, 174 pigmenți moi, 174 *c* toluen-sulfonamidă-formaldehidă, 174 *c*
măsuri terapeutice, 177 creme sau loțiuni ocluzive cu vaselină, 177
îndepărtarea părții laminare cu onicoliză, 178 / creme hidratante, 172
Onicoliză traumatică, 178 / suplimente orale de biotină, 178 Sindromul Crow-Fukase, 22
Cuticulă, 24, 34

D.

Darier, boala, 26, 44
Degete pe bețe de copan, 66, 67 /
Degetele hipocratice, 20, 22, 66. *Vezi și* Degetele pe o tobă
formă simplă dobândită, 20
formă ereditară sau idiopatică, 20
Deficit senzorial al degetului mare, 134

Deformitatea în valgus a degetului mare de la picior, 166
Derivate de silicon, 174 *c*
Dermatită de contact, 50 Malnutriție, 22, 44 Diabet zaharat, 35, 36, 67
Discromii unghiale, 39-47
colorare, endogenă din cauza citostaticelor, 39 *c* exogenă din cauza ojei, 39 *c* leuconichie (unghii albe), 40 *c*
dobândită sau pseudoleuconichie, 40 modificări ale matricei unghiale, 40 aparente din cauza onicolizei, 41 / striată longitudinală, 40, 40 / punctată, 40 / bandă roșie totală și distală, 41 / transversală, 41 /
melanonichie (unghii negre sau maronii), 41, 43 *c*
modificări de culoare datorate *Klebsiella,* 41 *P aeruginosa,* 41
Proteus, 41 difuz, 42 / asemănător unei benzi, 42 / melanom, 41 nitrat de argint, 41 pigmentare prin, vopsea pentru încălțăminte, 42 /
permanganat de potasiu, 42 / hematom subunghial, 42 / reacții adverse la medicamente, 69 / încălțăminte strâmtă sau cu vârf de oțel, 41
unghii galbene, 44 *c*
Candida albicans, 44
caroteni, 44 cosmetice pentru unghii, 44 icter, 44
onicomicoză, 44, 44 / sindrom de, 44
Dismenoree, 25

Displazie condroectodermică, 23
ectodermic, 26
hidrotic, 64
Displazie condroectodermică hipohidrotică *(continuare)* , 12
renală, 61
Distrofie unghială mijlocie, 15, 28
Heller canaliform, 16, 28 Doxorubicină, 19, 70 Tehnica Dubois, 170, 170 /

ŞI

Ectodermale, 23
Ectrodactilie, 82
Sarcină, 30, 44
Înfrumusețarea unghiilor mâinilor, 172
picioare, 172
Enchondrom, 8, 94 *c*
Boală(e), Bowen, 94, 114
defecte cardiace congenitale, 71
cardiovasculare, 22
cu anomalii ale cromozomilor sau *locusului,* 84
Crohn, 22, 74 de ani
Darier, 87 de ani
dermatoscopie, 53 /
onichorexie, 53 /
Darier-White, 52 de ani
endocrin, 22
Hodgkin, 24 de ani
grefă-contra-gazdă, 30, 77
Kawasaki, 25, 76
Ollier, 137
Parkinson, 76 de ani
Pringle, 87 de ani
boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC), 34, 66
Raynaud, 35, 36
tiroidă, 44 *c*
Vasculară periferică, 36
epilepsie, 76
von Recklinghausen, 136
Wilson, 34, 44, 75
unghii albastre, 8
Boli genetice, 81-92
anonimat, 82
polidactilie, 82 /
legat de alte simptome, 82 deformitate în valgus a degetului mare de la picior, 82 sindrom Klein, 82 displazie ectodermică hipohidrotică și anhidrotică, 82 diskeratoză congenitală, 83, 83 / distrofii, 81 boli cu anomalii ale cromozomilor sau *loci* , 84 hiperplazie îngroșată, hiperonichie, 86 hipoplazie sau atrofică cu modificări scheletice, 87 alte genodermatoze, boala Darier, 87 leziuni în formă de V, 87 /
Boala Pringle, 87 epidermoliza buloasă, 87 distrofică, la naștere, 88 / recesiv: anonihie, 88 / leziuni cutanate și anonihie, 87 / mâini în mănușă, mutilări avansate, 89 / sinechii pe picioare, 89 /
Hipoplazie dermală focală cu distrofie unghială, 89
ihtioză, 89
colodiu pentru bebeluși, 89 /
onicomadeză, 90
pitiriazis *rubra pilaris,* 90 papule foliculare și keratodermie palmoplantară, 90 /
și afecțiuni ale unghiilor, 90 / keratodermie palmoplantară, 90 cu afecțiuni ale unghiilor, 90 / sindromul KID, 91
alopecie și keratită, 91 / keratodermie și unghii distrofice, 91 / pahionichie, congenitală, 84, 84 /
la vârsta adultă, 84 /
steatocistoame multiple, 85 / hiperkeratoză unghială în, 85 / sindrom(e), cu displazie ectodermică ereditară, 86
de Iso și Kikuchi, 87
unghie-rotulea, 86
tricotiodistrofie, 86
Scarlatină sau rujeolă, 76
Scleroză multiplă, 76
sistemic, 73
Hipocratism și leziuni vasculare sub dermatoscopie, 73 /
leziuni, orale, 73 / periunghiale sub dermatoscop, 73 /
Schema pigmentării sistemice și locale a unghiilor, 17 /
Striații longitudinale, 77, 78
Exostoză subunghială, 8
Expunere la raze X, 145
Extracția spiculelor, 170 /

F

Falangele distale, 135
Fenitoină, 19 ani
Fenomenul Raynaud, 23, 73
Fenotiazină, 19
Fibroză chistică, 77
Formaldehidă toluen sulfonamidă, 125
Gropituri sau depresiuni punctate, 7

G.

Glande sudoripare, 3
Glucagonom, 77
Sindromul Gorlin, 144
Gută și afecțiuni ale unghiilor, 81 /
Granulom piogenic, 8
Granulomatoza Wegener, 73

H

Obiceiul de a sugere degetul mare, 94 *c*
Haneke, tehnica, 169
Hematom, confirmare cu benzi de urină, 45 / cuticulă prin oximetru, 128 / periungual sau subungual, 128 subungual, orificiu explorator în folie, 45 /
Precoce, 45 / Hemocromatoză, 74 Hemoragii sub formă de așchii, 72, 73, 74 Subunghiale, 58, 77
Fisură longitudinală secundară unei tumori matriceale, 16 /
Hepatită, 15, 22
Hidroxiuree, 19
Hiperparatiroidism, 74 Hiperkeratoza unghială în pahionichia congenitală, 85 /
Hipertiroidism, 24, 74 Scurtări digitale, 21 / , 71, 73
Hipogamaglobulinemie, 24, 77
Hiponihiu, 3, 4 Hipoparatiroidism, 35, 36
Hipopituitarism, 74
Hipoplazie dermală focală cu distrofie unghială, 89 /
Hipotiroidism, 28, 74. Formarea de foseturi în psoriazis, 14 /

Yo

Icter, 44 Ihtioză, 26, 60, 89
Collodion baby, 89 / Infecție(i), severă, 50
HIV, 35, 68
Virusul papiloma uman, 140, 145 Ingestie de arsenic, 145
Imersiune prelungită în apă, 127 Imunosupresie, 144
Insuficiență cardiacă, 34, 71; insuficiență hepatică, 32, 67;
insuficiență renală, 27 / , 31
cronică, 27, 27 /
suprarenal, 74
Sindromul Iso și Kikuchi, 82, 87

J

Evreii așkenazi HLA-DR4, 100

K.

Sindromul Kasabach-Merritt, 140
KID, sindromul, 60
Sindromul Klein, 82

L.

Diagrama plăcii unghiale, matrice distale și proximale, 2 /
sănătos, 2 /
Pat unghial, 2, 77
Sindromul leopardului, 23
Leziuni ale psoriazisului pe scalp, 14 /
Leucemie(i), 22, 77
mielocitară cronică, 22
Leuconichie (unghii albe), 72, 75, 76 dobândită sau
pseudoleuconichie, 40 modificări ale matricei unghiale, 40
aparente, 40, 67
prin onicoliză, 45 /
congenitală totală, 30 / dermatofitică
suprafață, 30 /
în ciroza hepatică, 7 /
striate longitudinal, 40 / punctate, 31 / , 40 / bandă roșie
totală și distală, unghiile lui Terry, 42 / transversale, 76
Liniile Beau, 6, 14, 15 / , 20
Limfom Hodgkin, 68
Histopatologia lichenului plan, 56 /
Lichen planus sau lichen striat, 19
Lunula triunghiulară în sindromul unghio-rotulea, 48
Lupus eritematos sistemic, 44, 55

M.

Malarie, 76
Manifestări sistemice, 71
acantoză pigmentată malignă, 77 acromegalie, 74 alcaptonurie, 77 amiloidoză, 77 anemie, 75
anemia falciformă, 75
pernicios, 75 anorexie, 78 artrită reumatoidă, 74
Linii de Mees și, 75 astm, 75 post prelungit și înfometare, 78 carcinoame mamare și bronșice, 77 ciroză, 74 colită, 74 crioglobulinemie, 76 deficit de zinc, 79
fier, 78
koilonichie, 78 imunoglobulină A (IgA), 76 dermatomiozită, 73
eritem periungual, 72 / halou heliotrop, 72 / telangiectazii periungale și îngroșări cuticulare în, 73 / malnutriție, 78 diabet zaharat, 74 sarcină, onicoliză și hiperpigmentare
în, 79 endocardită bacteriană, 71 hemoragii în formă de așchii, 72 / ipocrizie digitală, 73 cardiopatie congenitală, 71
Crohn, 74 de ani
Hodgkin, 77 de ani
grefă-contra-gazdă, 77
Kawasaki, 76 de ani
Parkinson, 76 de ani
Boala Raynaud, 72 boli vasculare periferice, 71 epilepsie, 76
Wilson, 75 scarlatină sau rujeolă, 76 scleroză multiplă, 76 scleroză sistemică, 73
Hipocratism și leziuni vasculare sub dermatoscopie, 73 / leziuni, orale, 73 /
leziuni periunghiale sub examen dermatoscopic, 73 / fibroză chistică, 77 glucagonom, 77 gută și afecțiuni ale unghiilor, 78 / granulomatoză Wegener, 73 hemocromatoză, 74 hepatită, 74 hiperparatiroidism, 74 hipertiroidism, 74 hipoparatiroidism, 74 hipopituitarism, 74 hipotiroidism, 74 insuficiență cardiacă, 71
75 renale, 74 suprarenale, 77 leucemii, 77 limfoame, lunulă roșie și distrofie unghială, 77 lupus eritematos sistemic, 72 malarie, 76 melanom malign, 77 methemoglobinemie, 75 neoplasme pulmonare, 77 neurofibromatoză, 76 neuropatie periferică, 76 ocronoză, 78 osteoartrita, 74 pacienți, transplant renal, 75 hemodializați, 75 pelagre, 78
Linii Beau și leuconichie, 79 / ameliorare cu nutriție adecvată, 79 / poliarterita nodoasă, 73 policitemie vera, 76 porfirii, 78 procese infecțioase majore, 76 vasculită septică, 76 / sarcoidoză, clubbing digital, 75 SIDA, 76
purpură în, 76 /
sindrom Bazex sau
acrokeratoză paraneoplazică, 77
scabie crustoasă, 77 / sindrom Plummer-Vinson, 75 / trombocitopenie, 75
hematom subungual, 76 / trombocitoză, 75
Manifestări ale unghiilor, 66-71 koilonichie, 66
Degete înclinate, 66 malnutriție, 66 boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC), 67 /
Boli ale colagenului, 68
eritem periungual în dermatomiozită, 69 /
vasculită, în lupusul eritematos sistemic, 69 / severă în LES, 70 /
vasculopatie cauzată de diabetul zaharat, 70 / hemoragii în așchii, 71
Endocardită bacteriană, 71
lupus eritematos sistemic, 67 leuconichie aparentă, 67
Liniile Muehrcke, 68
unghii, Mees, 68
alopecie în intoxicația cu taliu, 68 /
Insuficiență renală cronică, 68 jumătate și jumătate, 68, 68 / Terry, 68
Leuconichie transversă, în intoxicația cu taliu, 68 /
într-un limfom Hodgkin tratat cu citostatice, 67 / necroză acrală cauzată de calcifilaxie sistemică, 69
Reacții la medicamente, 69 fotoonicoliză cauzată de PUVA, 71 / onicoliză cauzată de docetaxel, 71 / onicomadeză secundară eritrodermiei cauzate de clorochine, 70 / Manifestări ale unghiilor *(continuare)* pigmentare datorată citostaticelor (doxorubicină), 60 zidovudină, 70 chimioterapie, 70 retinoizi, 71
Pseudoleuconichie, 68 Sindromul unghiei galbene, 68, 69 / Manifestări unghiale ale bolilor dermatologice, 48-64 Acrokeratoza paraneoplazică sau sindromul Bazex, 48 Tablou clinic, 48 Definiție, 48 Diagnostic, 48 Diagnostic diferențial, 48 Scabie crustoasă, 48, 49 / Tratament, 49
alopecie areata, 49 tablou clinic, 49 trahionichie, 50 / la copii, 50 / leziuni, 50 / observare cu dermatoscop, 50 /
definiție, 49 tricopatie de origine autoimună, 49 diagnostic, 49 epidemiologie, 49 tratament, 50 steroizi sistemici și locali, 51 /

Anonihie, 50 definiție, 50 absența aparatului unghial, 50
atrofie unghială idiopatică, 51 tablou clinic, 51 definiție, 51
diagnostic, 51 diagnostic diferențial, 51 boli buloase, 51
tratament, 51 dermatită de contact, 51 distrofie unghială a
20 unghiilor, 51
definiție, 51 boala Darier-White, 52
tablou clinic, 53
eritronichie, 53 hemoragii în așchii, 53 leuconichie
longitudinală, 53
definiție, 52
papule diskeratotice, 52 / diagnostic, 53 diferențial, 53
diskeratoză foliculară, 52 epidemiologie, 53 tratament, 53
striații longitudinale, 48 lichen striat, 54 diagnostic
diferențial, 54 tratament, 54
clar, 54
lichen plan, 54
Tablou clinic, 54 lichen eroziv, afectare mucoasă, 55 /
pterigion dorsal și onicoatrofie, 55 /
definiție, 54
diagnostic, 55
diferențial, 55
epidemiologie, 54
histopatologia, 56 /
onicomadeză, 55 /
papule lucioase, poliedrice, 55 / tratament, 56 lunulă
triunghiulară în sindromul unghio-rotulea, 48 pahionichie
congenitală, 56, 56 / steatocistoame în, 56 / tratament, 57
parakeratoză pustuloasă, 57
tablou clinic, 57
definiție, 57
diagnostic, 57
diferențial, 57
etiologie, 57
tratament, 57
Pemfigus, 57 de ani
tablou clinic, 58 definiție, 57 diagnostic, 58 epidemiologie, 58
tratament, 58
Pemfigoid bulos, 58 de ani
Tablou clinic, 58 definiție, 58 diagnostic, 58 epidemiologie,
58 tratament, 58
pitiriazis *rubra pilaris,* 58
tablou clinic, 59 definiție, 58
Sindromul KID, distrofie unghială, 60 /
diagnostic, 59 epidemiologie, 59 tratament, 59
psoriazis, 62
modificări ale suprafeței, 63 / tablou clinic, 62
gropițe și onicoliză, 62 / definiție, 62
leziuni ale scalpului, 62 / diagnostic, 63
diferențial, 63
epidemiologie, 62
semnul degetului, 63 / tratament, 64
keratodermie palmoplantară, 59
Tablou clinic, 60 definiție, 59 diagnostic, 60 tratament, 60
sindrom KID, 60
tablou clinic, 60
pitiriasis *rubra pilaris,* 59 / definiție, 60
tratament, 60
Sindromul Reiter, 61
tablou clinic, 61
definiție, 61 diagnostic, 61
diferențial, 61
tratament, 61 sindrom unghie-rotulea, 61
Matricectomie, 169
extracția spiculei, 170 / chimie, 170 / tehnică, de Dubois,
170, 170 /
Haneke, 170 /
Matrice, 1, 63
Măsuri terapeutice, 177
creme sau loțiuni ocluzive cu vaselină, 177 îndepărtarea
părții lamelare cu onicoliză, 178 /
creme hidratante, 177
Onicoliză traumatică, 178 / suplimente orale de biotină, 178
Melanom, 7, 8
amelanotic, 132 *c* malign, 77, 132
pigment abundent în răzuirea KOH, 147 /
histopatologie, 147 /
in situ, 147
melanonichie striată de, 146 / semnul lui Hutchinson,
146 / Melanonihie, 32, 41
modificări de culoare cauzate de *Klebsiella,* 42
P aeruginosa, 42 /
Proteus, 41 de ani
difuz, 42 /
pe bandă, 42 /
fricțiune, 18 / fungică, 94, 103 longitudinală, 18 / nitrat de
argint, 41
pigmentare prin, vopsea pentru încălțăminte, 42 / prin,
citostatice, 32 /

melanom malign, 32
Melanonihie *(continuare)* permanganat de potasiu, 42 / din cauza unui hematom subunghial, 42 / reacții la medicamente, 41 încălțăminte strâmtă sau cu vârf de oțel, 41
Melphalan, 19 ani
Methemoglobinemie, 75
Metotrexat, 19
Microhematoame ale pliului proximal, 128 Minociclină, 19

N

Neoplasme pulmonare, 22, 77 Neurofibromatoză, 76 Neuropatie periferică, 76 Nitroceluloză, 125
Nodul mulgătorilor, 94

SAU

Ocronoză, 78
Onicocriptoză, 17, 36, 117, 165
la sugari, 167 / copii, 166 / adolescenți, 167, 168
din cauza supracurburii, 166, 168 unghie trompetă, 168
onicogrifoză extremă, 168
Onicogrifoză (unghii cu cioc de papagal), 13 / Onicoliză, 12, 24
Onicomadeză, 26, 49, 55, 57 secundară
șanțului transversal, 15 /
Onicomicoză, 57, 60, 99-120 alb superficial,
102 / clasificare clinică a, 104
schema formelor de parazitism unghial, 104 /
Date clinice, 103 alb superficial incipient, 105 / distrofic total, 107 / îngroșare (pahionichie) și separare (onicoliză), 104 hiperkeratoză subunghială, 103 leuconichie, cu distrofie și onicoliză cu melanonichie datorată *Candida* sp., 107 /
micotică cu bandă multiplă, 106 /
fungică transversală, 106 / melanonichie fungică, 108
onicoliză cauzată de *Candida albicans,* 107 /
perionixis cauzat de *Candida* sp., 107 / cauzat de *Acremonium* sp., 111
Fusarium sp., 111
Scopulariopsis brevicaulis, 111
Scytalidium, 111
Scytalidium sp., 111 / subunghială albă proximală, 104 date epidemiologice, 99 creștere a numărului de copii și adolescenți, 99 hibbolie a degetelor în candidoza mucocutanată cronică, 103 dermatofiți la nivelul unghiilor de la picioare, 100
diagnostic de laborator, 108 biopsie cu punch , 112 dermatofitom, 110 / spori *de Candida sp.* 109 / examinare directă și cultură, 108 filamente artrosporoase, 109, 110 / dermatofiți (clorazol negru, 40 x), 109 /
pigmentat și artrosporat de *Scytalidium* sp., 110 / spori mari de *Scopulariopsis brevicaulis,* 110 / hife, dermatofite pe orizontală, 113 /
în onicomicoza albă superficială, 113 prezența hifelor pe lama unghială, 113 răzuirea unghiei, 108 *Scopulariopsis brevicaulis,* anelospori caracteristice, 111 /
Cultură pe Sabouraud, 111 / Prelevare directă cu chiuretă, 108 Diagnostic diferențial, 114 Distrofie totală, 103 / Etiopatogenie, 100
Candida sp., 100 *Fusarium* sp., 100, 101 / *Trichophyton rubrum,* 100, 100 / melanonichie fungică, 103 paronichie cauzată de *Candida albicans,* 102 / subunghială proximală, 103 sindromul unei mâini și al ambelor picioare, 101 / subunghială, alb superficial, 101 distală secundară tinea pedis, 101 / tip *endonicie* cauzat de *T. soudanense,* 102 / tratament, 114
afecțiuni speciale, 119 la vârstnici, 119 în copilărie, 119 evaluarea eficacității terapeutice, 114 măsuri preventive generale, 120 relații terapeutice, 119
sistemice, 117, 119 ketoconazol, 117 fluconazol, 118 itraconazol, 118 terbinafină, 118
Topic, 115, 119 Amorolfină, 116 Bifonazol, 116 Ciclopirox, 116 Tioconazol, 116 Onico-osteodistrofie, 82
Onicopatologie, 11 Onicorexie, 16 Aur, 32
Osteoartrită, 74
Osteoartropatie pulmonară hipertrofică, 22

P.

Tulburări endocrine, 74 Panariciu herpetic, 94 *c*
Papilomatoză, 112, 141 Pahionichia (unghii în formă de gheară), 11, 12 / , 13 congenitală, 56, 56 /
Steatocistoame multiple, 84, 85 / prin extracția unghiei, 129 / Parakeratoză pustuloasă, 57 Paronichia, 17, 93-98
cronică, 17 / , 93 /
ideal pentru tratament chirurgical, 97 / degete în formă de ceapă, 94, 95 / după, de la schimbarea încălțămintei, 97 /
tratament chirurgical, 98 / în dermatita de contact,

șanțuri transversale , 93 / îngroșarea și hiperkeratoza cuticulelor, 94 schema procedurii chirurgicale și vindecarea prin intenție secundară, 97 / fractura falangei distale, 96 / bacterii gram-negative, 95 / infecții bacteriene, 93 marcarea zonei care trebuie îndepărtată, 97 / panaris herpetic recurent cu distrofie unghială, 96 de *Candida* sp., 100
afectarea unghiilor, 102 / deteriorarea secundară a unghiilor, 95 / obiceiul de a sugere degetul mare, 95 / din cauza încălțămintei, 96 /
îngust, 96 / îndepărtarea chirurgicală, 98 / răni autoprovocate, 93 și distrofie unghială secundară, 98
Pelagra, 78, 78 /
Pemfigus, 57 prezentare clinică, 58 definiție, 57 diagnostic, 58 epidemiologie, 58 tratament, 58
Pemfigoid bulos, 58 prezentare clinică, 58 definiție, 58 diagnostic, 58 epidemiologie, 58
Pemfigoid bulos *(continuare)*
tratament, 58
Pigmentare periunghială roșiatică în sindromul Stevens-Johnson, 46 *f*
Pitiriazis *rubra pilaris,* 5, 63
papule foliculare și keratodermie palmo-plantară, 90 *f*
și modificări ale unghiilor, 90 *f*
Poliarterita nodoasă, 73
Policitemia vera, 76
Polipoză, 22
Porfirii, 78
Boala Pringle, 87
Psoriazis, 62
Pterygium (pterigion) dorsal, *6f*
și onicoatrofie, 55 *f* lichen eroziv, afecțiune mucoasă, 55 *f*

Î

Keratoacantom, 132 *c* , 148
Keratodermie palmoplantară, 23, 48, 59, 61 Chist epidermic, 132 *c*
mixoid, 8, 94 *c*

R

Fenomenul Raynaud, 50
Reacția în lanț a polimerazei, 11
Sindromul Reiter, 25, 61
tablou clinic, 61
definiție, 61 diagnostic, 61 diferențial, 61
tratament, 61

S.

Sarcomul Kaposi, 22, 68
Scabie crustoasă, 77 *f*
Semne fizice ale unghiilor, 20-38 acromegalie, hipertrofie unghială, 26 *f*

anonimat, 35
argiria, lunule albastre, 34 *f* koilonychia, 22
casnică, 23 *de ani*
de *Pseudomonas* sp., 34 *f*
Degete hipocratice sau de bețe de copan, 20, 20 *f*
formă simplă dobândită, 20
formă ereditară sau idiopatică, 20 dezlipire de mănușă sau de degetar, 37 distrofie unghială mediană, 37 eritronichie sau lunulă roșie, 34 *f* diagrama unghiului Lovibond, 21 *f* coroidarea unghiilor, 25
semn deget, 24 *f*
hapalonichie, 28 *f* hematom subungual, 33
prin suprapunere, 33 *f*
hemoragii prin așchii, 35 leuconichie, 30
congenitală totală, 30 *f* dermatofitică, onicomicoză albă
superficială, 30 *f*
punctat, 31 *f*
linii, Beau, 25
Mees, 27 de ani
prin citostatice, 27 *f*
Muehrcke în insuficiența renală cronică, 28 lunulă *roșie* sau eritronichie, 34 melanonichie, 32
prin citostatice, 32 *f*
rasial, 32 *f*
onicauxis, 26
onicofoză, 35
onicogrifoză, 26
Onicoliză, 33
dermatofitic, 29 *f*
onicomadeză, 26

onicorexie, 28 onichoschisis, 28, 28 *f* onicotilomanie, 37 paronichie, 36 poikilodermie, 36 keratinofagie cu paronichie secundară, 36 *f* sindrom, al unghiilor îngălbenite, 24, 24 *f* Peutz-Jeghers, 32, 33 pigmentare bucală, *33f* pigmentare a unghiilor, 33 *f* pterigion unghial, 34 invers (pterigion ventral), 34 trahionichie, 26
în distrofia cu 20 de unghii, 26 *unghie* (unghii), albastru, 34
Terry, 27 de ani
în coajă, 22
în formă de clemă, țiglă sau trompetă, 29, 29 *f*
jumătate și jumătate, 26
În insuficiența renală, 27 verde *f* , 33
Sindromul Christ-Siemens-Touraine, 82; Sindromul Crow-Fukase, 22
cu o mână și ambele picioare, 101 *f*
Gorlin, 144
Iso și Kikuchi, 82, 87
Kasabach-Merritt, 140
COPIL, 60
Laugier-Hunziker, 19 ani
Leopard, 23 de ani
Peutz-Jeghers, 22 de ani
pigmentare, orală, 33 *f* unghii, 33 *f*
Reiter, 61 de ani
Stevens-Johnson, 25, 46 unghie-rotulă, 23, 61 lunulă triunghiulară pe, 61 unghii galbene, 24 *f* , 44, 68 Zinsser-Engman-Cole, 83
Soraleni, 19 Sucquet-Hoyer, canal, 140 Sulfonamide, 19, 31

T.

Tutun, 44 de ani
Tehnică, de Dubois, 170
de Haneke, 170 *de metri*

Pterigion. Vezi *Pterigion*
Tetracicline, 19, 69
Colorant Gomori-Grocott, 160
Tiroidită, 68
Trahionichie, 26, 50, 51 *f*
în alopecia areata, 7, 7 *f*
la copii, 50
Transplant de rinichi, 23, 31 Traumatisme, 31, 35
Triada de unghii galbene, 24
Tricopatie de origine autoimună, 49 Tumoră glomus, 44
Tumori ale unghiilor, 131-152
benign, 133
chirurgie a, 141
de origine nervoasă, neurofibroame, 135 depresie longitudinală, 135 durere, 135
histopatologie, 135 *f*
Fibrom digital, 133
dobândită, 133 după expunere chirurgicală 133 *f*
histopatologie, 133 unghie de flaută și onicoliză, 133 lipom *f* , 133
atrofia degetului mare și deficitul senzorial, 134
slăbiciune tenară, 134 degetele arătătoare și lungi, 134 melanocitar, 136
melanonichie și hiperplazie melanocitară, 136
striat, 136
nevi melanocitari, 137 onicomatricom, 134 după operația unghiilor, 134 *f* histopatologie, 134
supracurbură a plăcii unghiale, 134 *f*
tumoră filiformă, 134 *f* osteocartilaginoasă enchondrom, 137
Tumori ale unghiilor *(continuare)*
a falangei distale, 137 imagine radiotransparentă, 137 / exostoză subunghială, 137 studiu histopatologic, 138 / studiu radiologic, 138 chist mucos (mixoid sau sinovial) și pseudochist, 135
vascular, 139
angiokeratom, 139, 139 / glomus, 131, 140 histopatologie, 140 / granulom piogenic, 139
hemangioame, 139 negi, 140
periunghial, 140
la pacienți imunocompromiși, 141 /
subunghială gigantică, 141 / viral(e), histopatologie, 142 / multiplă, 141 / hiperplazie melanocitară, 132 / malignă, 143
a glandelor sudoripare, 144 dermică, 143
dermatofibrosarcom *protuberans,* 143
Sarcomul Kaposi, 144 periunghial clasic, 144 / epidermal, 144
carcinom bazocelular, 144 celule scuamoase, 145 melanom malign, 145 pigment abundent în razuirea cu KOH, 147 / histopatologie, 147 /

melanonichie striată de, 159 /
keratoacantom, 148 semnul Hutchinson,
146 alte tumori maligne, 151 carcinom cu celule
Merkel, 151 metastaze la nivelul mâinilor, 151
melanonichie striată, comparație între nevus și
hiperplazia melanocitară, 132 / multiplu, 133 /
nevus melanocitar, 133 /

SAU

Ulcer cronic, 145
Alterări de suprafață ale unghiei/unghiilor
fisuri și caneluri, 14
gropițe unghiale, 14 fisuri, 16 gropițe în psoriazis:
semnul degetului, 14 /
leziuni ale psoriazisului scalpului, 14 /
linii, de Beau, 14, 15 / orizontale, 15 multiple, 15
onicomadeze, 71 trahionichie, 51 /
modificări ale formei, 11
anonihie, 11 / brahionihie, 11, 13, 14 / koilononihie,
11, 12, 12 / lipotomie digitală, 7, 11, 13 onicoliză, 12, 20
cauzată de bacterii și *Candida* sp., 12 / onicomadeză, 11,
15, 26 pahionihie, 12 / , 13 modificări onicocriptoză
periunghială, 16 paronihie sau perionixis, 16 *pterigion*
unghial (pterigion), 16 galben, 20, 24
Candida albicans, 44c
caroteni, 44
cosmetice pentru unghii, 44
icter, 22
onicomicoză, 14, 30, 40 sindrom de, 7, 24
albastru, 34

în Argyria, *35f*
în boala Wilson, 8, 34 alb, 33 cădere periodică a, 12 *f*
hiponihiu, 4
patul unghial, 4 matrice, 4
modificări endogene sau exogene ale culorii unghiilor, 17
melanonichie datorată melanomului malign, 18
din cauza unei traume, 41
koilonichie sau unghii linguriță, 8 diagnostice
dermatoscop, 10, 73 transiluminare, 10
în spălătorie, 127
întrupat, 165, 169
fibrokeratom, 8
hematom subungual sau onicohemie cu onicoliză, 7 *f*
hemoragii prin așchii, 7, 8 *f* Hipocratic, 8 *f* , 13
leziuni cutanate în pahidermoperiostoză, 13 *f*
leuconichie în ciroza hepatică, 7 *f* linii Beau, 6, 14, 15 *f* părți ale,
1 *f* psoriazis și gropi unghiale, 7 *pterigion,* dorsal în lichen plan, 6
ventral în colagenopatii, 6 *f*
sindromul patelei, 48, 61 trahionichia în alopecia areata, 7
utilizarea, ca forceps, 128

V.

Neg(i), 140
periunghial, 141
La un pacient imunocompromis, 141 *f*
subungual gigant, 141 *f* viral(e), histopatologie, 142 *f*
multiplu, 141 *f*
Infecția cu papilomavirus uman, 140, 145
Vitiligo acral, acromie, 46 *f*

X

Xanthonychia, 18 Xeroderma pigmentosum, 145

Z

Zinsser-Engman-Cole, sindrom, 83

booksmedicos.org